

الأمر داخل النفسية

والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال

الدكتور

أحمد محمد الزعبي

قسم علم النفس - كلية الآداب

اليمن / السعودية

الأمراض النفسية

والملاذات السلوكية والحراسية عند الأطفال

الأمراض النفسية

والمشكلات السلوكية والحراسية عند الأطفال

الدكتور

أحمد محمد الزعبي

أستاذ الإرشاد النفسي المشارك

مركز البحوث في علم النفس - جامعة الكويت / الكويت

الطبعة الأولى
1434 هـ - 2013 م

المملكة الأردنية الهاشمية
رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية
2013 م

الأستاذ، أحمد محمد
الأمراض التنفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال / أحمد
محمد قزعي. - ص: دار زهران للنشر والتوزيع، 2013.
() ص.
ر.أ. :

الوصف: تربية // علم نفس / السلوك / أمراض نفسية

✦ أحمد دار زهران للطباعة والنشر والتوزيع
✦ يتحمل الناشر، كامل المسؤولية القانونية عن محتوى هذا الكتاب ولا يبرأ الناشر من
أي خطأ أو إهمال أو خطأ في هذا الكتاب.

Copyright ©
All Rights Reserved

لا يجوز نشر أي جزء من هذا الكتاب، أو تخزين مادته بطريقة الاسترجاع أو نقله على
أي وجه أو بأي طريقة إلكترونية سكنت أو ميكانيكية أو بالتصوير أو بالتسجيل
وبخلاف ذلك إلا بموافقة الناشر على هذا الكتاب مقدماً .

المختصون في الكتاب الجامعي الأكاديمي العربي والأجنبي

دار زهران للنشر والتوزيع

تلفن : 5331289 - 6 - 962+، ص ب 1170 عمان 11941 الأردن

E-mail : Zahran.publishers@gmail.com

www.darzahran.net

إهداء

للى أبنائي :

يسام ومحمد أمين وسامي وأسماء ورونا .

الذين شاركوني أصعب لحظات حياتي وتحملوا الكثير من أجلي لتحقيق كل ما أصبحت إليه .

وفقههم الله إلى ما فيه الخير ، وجعل ألامهم زائفة بالسعادة والمعطاء الوفير .

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة

يهدف هذا الكتاب الموجه إلى الطلاب المتخصصين والباحثين والأطباء والأخصائيين النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين والآباء والمربين ، إلى تزويدهم بمعلومات دقيقة وعلمية واضحة بعيدة عن الإسهاب والتعقيد عن أهم الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية التي يعاني منها الأطفال في طفولتهم المبكرة أو المتوسطة أو المتأخرة .

فالحاجة إلى معرفة هذه الأمراض والمشكلات أصبحت ضرورة وهامة أكثر من أي وقت مضى . فالأطفال هم جيل المستقبل ، وأمل المجتمع المنتظر . ففي هذه المرحلة (مرحلة الطفولة) من العمر ترسم أهم ملامح شخصية الإنسان المستقبلية . ولهذا فإن ما يتعرض له الطفل من أمراض أو مشكلات نفسية في خلال هذه المرحلة تترك انطباعاتها على شخصيته في المستقبل . فالكثير من المعالجين والمرشدين النفسيين والأطباء والآباء والمربين يجتازون في لغز الطفولة ومشكلاتها وأمراضها النفسية وكيفية التعامل معها ، والتي كثيراً ما تكون تجسيدا واضطرابات أو مشكلات تعاني منها الأسرة ، وانعكست أمراضها على الأطفال على شكل أمراض أو مشكلات نفسية أو دراسية .

ولذلك فإن هذا الكتاب سيكون عوناً كبيراً في الإجابة عن الكثير من التساؤلات التي تدور في أذهان المعنيين بأمور الطفولة ، حيث تعرض إلى الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية في نهاية فصول أساسية موضحاً في كل مشكلة أو مرض نفسي المظاهر والأسباب وطرق الوقاية والعلاج من هذه الأمراض

والمشكلات .

ومن أجل تحقيق الهدف الذي وُضع من أجله هذا الكتاب ، حاولنا تضمينه نتائج أهم الدراسات والأبحاث التي أُجريت في بلدان عربية وأجنبية بالإضافة إلى خبرتنا الميدانية الطويلة في هذا المجال .

ولذا فإن أملنا كبير في أن نكون قد أعطيت موضوعات هذا الكتاب حقها من المناقشة والمعالجة ليتمكن القارئ من الاستفادة المباشرة من محتوياته ، وتكون عوناً له في مساعدة الأطفال سواء داخل الأسرة أو في المدرسة أو غير ذلك من مجالات .

والكتاب الذي بين أيدينا سيكون مرجعاً في المكتبة العربية ، حيث أن ما كُتب ونُشر في مجال الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال قليل حتى الآن .

والله ولي التوفيق .

المؤلف

الدكتور أحمد محمد الزهبي

الفصل الأول:

الأمراض النفسية عند الأطفال

- مفهوم المرض النفسي .
- أسباب الأمراض النفسية عند الأطفال .
- أعراض الأمراض النفسية عند الأطفال .

الفصل الأول

الأمراض النفسية عند الأطفال

مفهوم المرض النفسي Neurosis :

عرّف زهران (١٩٧٨) للمرض النفسي بأنه اضطراب وظيفي في الشخصية ، نفسي المنشأ ، يبدو في صورة أعراض مصية وجسمية مختلفة ، يؤثر في سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسي ، ويعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه . والمرض النفسي أنواع ودرجات فقد يكون خفيفاً يضيي بعض الغرابة على سلوك المريض ، وقد يكون شديداً مما يدفع المريض إلى الانتحار أحياناً . وتباين أعراض الأمراض النفسية تبايناً كبيراً ، منها ما يتمثل في عادات قهريّة ، ومنها ما يصل إلى حد الانفصال عن الواقع والعيش في عالم الخيال .

ولهذا نرى أن الأمراض النفسية عبارة عن اضطرابات نفسية - وظيفية تظهر على شكل أعراض نفسية وجسمية عديدة فتؤثر في توافق الشخص نفسياً واجتماعياً فتعيق إنتاجه وممارسة حياته بشكل طبيعي .

أما فيما يتعلق بعلاج المرض النفسي فيتوقف ذلك على نوعه ومداه وحدته ، فبعض الحالات تعالج بزيارات منتظمة لأحد الممارسين أو المرشدين النفسيين ، في حين أن البعض الآخر يحتاج إلى القاء في المستشفى .

وموضوع الأمراض النفسية عند الأطفال يتطلب معرفة العوامل المؤثرة في حياة الطفل والتي تفرز مشاكله النفسية من خلال تأثيرها فيه وتأثره بها

وحري بمن يتناول موضوع الأمراض النفسية للأطفال أن يلاحظ ويقيم سلوك الطفل وانفعالاته ومعتقداته وآلامه على أساس فهم موضوعي لحالة الطفل

المريض التي تقوم أساساً على ضوء نموه الطبيعي، ونموه الحركي، وتطوره اللغوي ونضجه العقلي والانتعالي والاجتماعي . والجدير ذكره أنه من الجهد دراسة حالة الطفل المرضية ، بمعزل عن فهم الوضع الاجتماعي ، وكذلك بمعزل عن الأفكار والقيم والمفاهيم التي يبنّاها الطفل في المجتمع أو يتعلمها فيه .

والأمراض النفسية عند الطفل لها مسميات عديدة : فهناك الاضطرابات النفسية الوظيفية ، وهناك الاضطرابات النفسية ذات المظهر العضوي . وتتميز هذه الأمراض النفسية بحدوثها كانعكاس لرد فعل . فلذا كان الخوف عند الطفل هو المسيطر ، فإن هذا يولد لديه شعوراً بالقلق والاضطراب ويجعله يحس بالخطر وهذا ما يقوده إلى البحث عن الأمان عن طريق أساليب دفاعية لتتخلص من حالة الخوف التي تتابعه . وفي هذه الحالة يمكن القول أن كل حالة انفعالية يكون الغرض منها مواجهة حالة خطر ، ومن كونها رد فعل لفعل وتساعد على السيطرة على حالة الخطر والخوف تعتبر حالة مقبولة . وهنا نتحدث حالة الانتعالي الغرض الذي أتت من أجله وتزول حالة الانفعال بعد ذلك . ولكن ليس كل حالة تنتهي على هذا المستوى ، فالذي يحصل أن بعض حالات الانفعال لا تبدأ ولا تحل المشاكل بهذه الكيفية ، وإنما يحصل لها إحباط بعد مقاومة ، وتتحول الحالة إلى حالة مزمنة ، مما يولد نوعاً من الشعور بالصقي ، وعدم الرضا ، والفقر الداخلي والشعور بالظلم والهانة والاكئاب عند الطفل ، وتتحول الحالة من الشعور إلى اللاشعور .

وتشخيص الأمراض النفسية عند الأطفال يكون صعباً بعض الشيء ، إلا في حالة عدم وجود أمراض لأمراض عضوية ، فإن التشخيص يكون أسهل مما لو كانت الحالة يشوبها أي مظهر عضوي . لذا فإن تقييم حالة الطفل الجسدية من الأهمية بمكان في وضع التشخيص المناسب للحالة ، وكذلك فإنه لا بد من وضع تقييم متكامل لحالة الطفل النفسية والاجتماعية ، وكذلك تقييم لشخصية الطفل ومستواه الانتعالي .

كما أن علاج الأمراض النفسية للأطفال (الاضطرابات النفسية الوظيفية والأمراض النفسية ذات المظهر العضوي) ليس من السهل بممارسته وتحقيق تقدم بسر وسهولة . فالكثير من الحالات يكون مصدرها وأسبابها متعددة ومتنوعة بالإضافة إلى الوضع الثقافي والاجتماعي الذي يعيش فيه الطفل .

أسباب الأمراض النفسية عند الأطفال :

إن لكل شيء سبباً ، وإنه لا شيء سبباً من لا شيء . - والبدأ الرئيسي في أسباب الأمراض النفسية يبدأ تعدد وتفاعل الأسباب .

فالحياة النفسية ليست من البساطة بحيث تكون رهينة لسبب واحد ، فمن الصعب أن نقول أن الأسباب الوراثية أو الاجتماعية وحدها السبب الوحيد الكامن وراء حدوث المرض النفسي ، بل تتعدد الأسباب إلى الحد الذي يصعب فيه الفصل بينها أو تحديد مدى أثر كل منها .

ومن أجل التسهيل يمكن تصنيف أسباب الأمراض النفسية عند الأطفال إلى ثلاثة أقسام هي :

١ - الأسباب الحيوية (البيولوجية) :

وهي ما نسميها الأسباب الجسمية أو العضوية المنشأ والتي نطرق في تاريخ نمو الفرد . فالطفل له مكوناته البيولوجية التي تتركز على المورثات ، والتي تشكل المراكز المحورية لموضوع نقل الصفات الوراثية ، سواء من حيث الشكل أو اللون ، أو النمو في حالتي السلامة والمرض ، والتي على أساسها تظهر ملامحتها الاجتماعية والتطور والبقاء .

كما أن للطفل مكوناته الكيميائية والتي لها تفاعلها ضمن سياق النشاط الوظيفي لجسم الطفل ، لذا لا بد من فهم الطفل على أساس أن جسمه له نشاط وظيفي بشكل متكامل وتناسقي وتناغمي ، وأن كل عضو له نشاطه الذاتي الموجه للقيام بمهام معينة لم يتم بها أي عضو آخر غيره .

وقد تعلب الأسباب الفسيولوجية وتسود ويكون تأثيرها مباشراً ويسمى حينئذ الاضطراب النفسي فسيولوجياً أو عضوي المنشأ .

ومن أهم الأسباب الفسيولوجية اضطراب وظائف الاستقبال الحسي والحواس ، وخلل الجهاز العصبي المركزي ، وخلل الجهاز العصبي الذاتي ، وخلل الجهاز الدوري ، وخلل الجهاز التنفسي ، وخلل الجهاز الهضمي ، وخلل

الجهاز اليولي والتناسلي ، وغسل الجهاز الهيكلي .

٢ - الأسباب النفسية :

وهي أسباب ذات أصل ومنشأ نفسي تتعلق بالمحو النفسي المصطرب في الطفولة ، وعدم إشباع الحاجات الضرورية للفرد ، واضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية .

وأهم الأسباب النفسية : الصراع الذي يهدد الشخصية فتكون فريسة للمرض النفسي . ويتضح الصراع في تجنب الواقع ضد مواجهة الواقع ، والإعتدال على الغير ضد الاعتدال على النفس ، والإحجام والخوف ضد الإقدام والشجاعة والحب ضد الكره ... إلخ .

كما أن الإحباط الذي يعوق الطفل عن إشباع حاجته الأساسية ، والشعور بخيبة الأمل ، وتكرار مثل هذا الإحباط يؤدي إلى عية الأمل عند الطفل فيها يريد تحقيقه من أهداف ، وذلك لوجود عائق أو ظروف قاهرة أكبر من إرادته يقهر محاولاته للتغلب على العائق سعياً للوصول إلى أهدافه ، ويؤدي إلى تحقير الذات والقلق . كما أن الحرمان سواء أكان حرماناً حيوياً أم نفسياً ، لم يثبتاً وعدم إشباع الحاجات الأساسية ، كالحاجات الحشوية والحسية ، والانفعالية ، والنفسية ، والاجتماعية ، ومن حب وحنان الوالدين ، كل ذلك يؤدي إلى انعدام الفرصة لتطبيق الدوافع أو انتفاها بعد وجودها .

٣ - الأسباب البيئية :

وهي الأسباب المحيطة بالفرد في البيئة أو المحيط الاجتماعي ، فالبيئة الاجتماعية التي نشأ فيها الفرد وترى فيها ، والمؤثرات التي يخضع لها في طفولته ، تعدد سيئات شخصيته سواء أكانت سوية أو غير سوية . فالتعلم الرضيع الذي لم يحصل على حليب ودفء وحنان أمه ، ويتعرض لحالة الجوع ، وعدم شعور بالرضا والراحة ، يلجأ إلى التعبير عن ذلك بإحداث حركات عصبية ، وانفعالات حركية ، وقد تأخذ مظهراً حركياً وحشوياً من قبل الرضيع . كذلك يظهر عليه عدم الاستقرار والبكاء والصراخ والتقلب ، وقد يحصل عنده دفع ما في معدته إلى فوق ملاسه ، كما يلاحظ عليه معصر وتقلصات معوية مختلفة . كما أن

الصراع والشعور بالقلق والخوف والاضطرابات التي تحدث للطفل مع أشقائه وأصدقائه ومعارفه ، بالإضافة إلى بعض الصعوبات التي يواجهها في مدرسته ، قد تؤدي إلى أن يأخذ المرض عند الطفل مظهراً جديداً يستل في الانبعاث النفسي أو الاضطراب الوظيفي المتمثل بأمراض العصب المختلفة عند الطفل .

ولكن لا يمكن تعميم ذلك على كل الأطفال فبعض الأطفال تكون مظاهر المرض عندهم أكثر بروزاً وصفاً من أطفال آخرين ، هؤلاء يكون مظهر المرض لديهم أقل تأثيراً فيهم وأقل استجابة للمرض .

في حين أن النوع الأول قد يتطور المرض لديهم إلى حد إصابتهم بإعاقة جسدية أو وظيفية بالنسبة إلى بعض الأعضاء مما يجعلهم في صراع مع محيطهم وعائلهم (الخليلي ، ١٩٨٧) .

٤ - تعدد العوامل في تفسير الأمراض النفسية عند الأطفال

إن أحدث اتجاه في تفسير الأمراض النفسية هو الاتجاه المتعدد العوامل ، والذي يرى أن الأمراض النفسية لا ترجع إلى سبب واحد وإنما إلى تفاعل مجموعة من العوامل النفسية والجسمية والاجتماعية والتربوية والأسرية والاقتصادية ... إلخ . ويمكن التمييز بين العوامل المهيبة لحدوث المرض النفسي والتي تشكل خبرات الطفولة السابقة ، وما يتعرض له الفرد من ضغوط ومؤثرات ترسب خلال فترة حياته حتى تظهر إلى حيز الوجود بتأثير مجموعة من العوامل المساعدة والتي تكون بمثابة « الفتة التي قصمت ظهر البعير » .

والعوامل المسؤولة عن حدوث المرض النفسي تختلف باختلاف الأفراد من حيث كم ونوع التأثير اللازم لحدوث الاضطراب . فالشخص المترن يختلف ما يلزمه للاضطراب والمرض عن الشخص القلق ، المهترز والتوتر ، والمستعد للإصابة بالمرض (عسوي ١٩٨٤ م) .

أعراض الأمراض النفسية عند الأطفال :

يعبر العرض عن الاضطرابات الموجودة عند الطفل ، وعلامة من علامات المرض النفسي ، فكل الأمراض النفسية تُصنف على أسس الأعراض .

لذا فعند دراسة الأمراض النفسية وتمييز مرض نفسي عن آخر لا بد من ملاحظة الأعراض ودراستها بدقة وربطها بتاريخ حياة المريض .

هذا ولا يخلو إنسان من الأعراض . ويندر أن تجتمع الأعراض المميزة للمرض النفسي في مريض واحد . والفرق بين الشخصية السوية واللاسوية هو فرق في الدرجة وليس في النوع . وقد تغلب بعض الأعراض وتصبح هي نفسها اضطراباً نفسياً أو مرضاً نفسياً قائماً بذاته مثال : القلق ، الخوف ، الوسواس ، إلخ

فالأعراض تكشف عن الحياة الخاصة للمريض ، وعادة تكون تعبيرات عن رغبات الفرد الدفينة وذكرياته للكبتة ومخاوفه . كما تمثل الأعراض غالباً طرقاً خاطئة للتوافق وحلولاً عسائية للصراع ، وعطفاً فاشلة للدفاع النفسي . هذا وتظهر أعراض المرض النفسي في شكل مجموعة أعراض (Syndrome) ، وهذه المجموعة المتألّفة من الأعراض هي التي تحدد المرض وتفرق بين مرض وآخر . كما أن للمرض معنى رمزياً يُشير إلى وجود اضطراب نفسي أو جسمي .

فظاهرة العنوان عند الطفل قد تكون تعبيراً عن حاجة لتأكيد الذات مثلاً . فالمرض قد يكون وسيلة لصيانة قيمة الذات ، وطريقة للتوافق النفسي . هذا وللأعراض أهداف قد تكون أهدافاً أولية (فانية) والتي يكون في تحقيقها مكاسب يفوز بها الفرد ولو على حساب خسائر من ناحية أخرى ، وأهم هذه الأهداف : السيطرة على القلق وخفض التوتر ، وحل الصراع أو العمل على حله باستخدام واحدة أو أكثر من حيل الدفاع النفسي ، وتحقيق أو تدعيم كبت وكف الدوافع التي يستبجها الفرد ، وامتصاص الطاقة النفسية المتبقية من الدوافع المكبوتة واستنفاد شحناتها . . . إلخ .

أما الأهداف الثانوية للأعراض فقد تكون في استمرار العطف ، واستغلات الانتباه من قبل الآخرين ، وكذلك الهروب من المواقف والصرة ، والتخلص من المسؤولية الشخصية ، وتجنب الأهل التي لا يجبرها الطفل ، وتمويض النقص أو العجز أو الحرمان ، والفوز بحبة الآخرين ورعايتهم ومساندتهم كبدائل تحمل عمل الحرمان للماضي ، وكذلك وقاية الذات واحترامها والمحافظة على كيانها .

تصنيف الأعراض :

الأعراض متداخلة بشكل كبير ، وذلك لأن الجهاز العصبي ليس فيه أقسام مستقلة بعضها عن بعض ولكنها متكاملة . هذا وتختلف الأسس التي تصنف وفقها الأعراض وأهم هذه التصنيفات ما يلي :

١ - الأعراض الداخلية : لا نلاحظ مباشرة ، وإنما تظهر من خلال تعبيراتها السلوكية مثال : الخوف .

٢ - الأعراض الخارجية : تكون ظاهرة وواضحة مثل قرط إفراز العرق في أثناء حالات القلق أو التجمد في حالة العصاب .

٣ - الأعراض العضوية المنشأ : تحدث نتيجة اضطرابات وتنشيطات فيولوجية أو أي جهاز آخر .

٤ - الأعراض النفسية : تنبع من العمليات النفسية المضطربة التي تسببها عوامل داخلية وعوامل خارجية تعتبر علامات بل محاولة المريض في جهاده وجره ودفاعه ضد مشكلاته . والأعراض النفسية المنشأ تكون غالباً تعبيراً عن اللا شعور ، وبالتالي فالمريض لا يمي أصلها أو معناها بل يمي وجره ضغط داخلي ليوجه هذه الأعراض كأسلحة لمقاومة هذا الضغط . وأهم الأعراض النفسية : اضطرابات التفكير ، واضطرابات الإدراك ، واضطرابات الذاكرة ، واضطرابات الوعي ، وكذلك اضطرابات الكلام ، والاضطرابات الانفعالية ، واضطرابات الحركة واضطرابات النوم . . إلخ .

٥ - أمراض نفسية جسمية : وتشمل الاضطرابات في الجهاز الدوري ، والجهاز التنفسي ، والجهاز الهضمي ، والجهاز الفلجي ، والجهاز البولي .

علاج الأمراض النفسية :

سوف نتحدث عن هذا الجانب عندما يتم الحديث عن الأمراض النفسية في الفصل الرابع ، حيث نتطرق إلى طرق الوقاية والعلاج لكل مرض نفسي حل حدة .

الفصل الثاني :

التنشئة الوالدية والأمراض النفسية عند الأطفال

- طبيعة التنشئة الوالدية .
- مفهوم التنشئة الوالدية .
- أهمية التنشئة الوالدية .
- العلاقة بين التنشئة الوالدية والأمراض النفسية للأطفال .

الفصل الثاني

التنشئة الوالدية والأمراض النفسية عند الأطفال

— طبيعة التنشئة الوالدية :

هناك اختلاف بين الطفل الإنساني والطفل الحيواني ، وذلك من حيث شدة حاجته إلى الرعاية والحماية ، وكذلك من حيث طول الفترة التي يقضها قبل أن يستطيع الاعتماد على نفسه ، ويكون قادراً على مواجهة الحياة وتحمل المسؤولية . فالسلوك الإنساني يتأثر بعوامل عديدة بعضها يعود إلى العوامل الوراثية واضطرابات الغدد ، والبعض الآخر يعود إلى العوامل البيئية والتي تتمثل في عمليات التعلم ، والتنشئة الوالدية في الأسرة ، والعلاقات التي تتم بين الطفل وزملائه في المدرسة ، وكذلك من خلال المحيط الاجتماعي والثقافي العام الذي يعيش فيه الطفل . ووطراً للدور الذي تقوم به العوامل البيئية في تحديد وتشكيل السلوك الإنساني فقد تزايد الاهتمام من قبل علماء النفس وعلماء الاجتماع بعملية التنشئة الاجتماعية ، وهي العملية التي ينحرف من خلالها الوليد من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي ، وذلك من خلال عملية التفاعل مع الأسرة والمدرسة وبقية الأفراد الآخرين الذين لهم علاقة مع الطفل .

وبذلك تعتبر التنشئة الوالدية من أهم العوامل البيئية التي تتم من خلالها عملية التنشئة الاجتماعية . فقد أجمع علماء النفس بانتماءاتهم المختلفة على أن أساليب التربية التي يتبعها الوالدان في تنشئة أطفالها لها أكبر الأثر في تشكيل شخصياتهم في المستقبل ، وفي نوع الاضطرابات النفسية التي يتعرضون لها . ولهذا ترى نظرية التحليل النفسي أن السنوات الخمس الأولى من حياة الطفل تعتبر أهم سني حياته على الإطلاق ، وهي التي تترك أثراً كبيراً في نية الفرد . كما يرى فرويد (١٩٥٢) أن أسباب المرض النفسي تعود إلى استعداد ناتج عن

الليبدو . وهذا الاستعداد يتوقف على الخبرات الطولية للفرد (انظر كزافي ، ١٩٨٩ ، ص ١٥) .

كما يرى السلوكيون (دولارد ، ميلر ، سميث ، موزر) ان الإنسان يولد مزوداً باستعدادات أولية تشكل المادة الخام لشخصيته ، ثم تبدأ هذه الاستعدادات بالنمو والتطور والتعديل استناداً إلى مبادئ التعلم في الأوساط التربوية وخصوصاً الأسرة .

بالإضافة إلى ما يؤكد علماء النفس من العلاقة بين التنشئة الوالدية والإصابة بالأمراض النفسية ، فإن الأطباء النفسيين يقررون أن التنشئة الوالدية تلعب دوراً متفاوت في أهميته في نشأة المصاب والذهان .

— مفهوم التنشئة الوالدية :

يشير مفهوم التنشئة الوالدية إلى نوع المعاملة التي يتلقاها الطفل من والديه في المنزل وطبيعة علاقته بها . ويقصد بها كل سلوك يصدر عن الوالدين ويؤثر في الطفل وفي شخصيته سواء قصد هذا السلوك التوجيه أم التربية .

ولهذا تعتبر التنشئة الوالدية موضع اهتمام كبير من قبل علماء النفس ، حيث أنها تعتبر من أهم العوامل البيئية التي تؤثر في سلوك الإنسان وفي شخصيته ، ولهذا يتضمن مفهوم التنشئة الوالدية العمليات الآتية^(١) :

- ١ - التأثير الذي يحدث في سلوك الطفل من جراء استجابة الوالد أو الوالدة أو كليهما لسلوكه .
- ٢ - التأثير الذي يحدث في سلوك الطفل من جراء أساليب الثواب والعقاب التي يتخذها الوالد أو الوالدة أو كليهما بقصد تعليمه أو تدريبه .
- ٣ - التأثير الذي يحدث في سلوك الطفل من جراء اشتراكه في المواقف الاجتماعية التي يتيحها له الوالد أو الوالدة أو كليهما بهدف تعليمه الأساليب الصحيحة للسلوك في نظرهما .
- ٤ - التأثير الذي يحدث في سلوك الطفل من جراء التوجيهات المباشرة والتعليقات

(١) كزافي ، علماء الدين : التنشئة الوالدية والأمراض النفسية ، دواية أسيريقية - كليبكية ، القاهرة : ص ١٩٨٩ ، ص ٥٦ .

اللفظية التي يوجهها الوالد أو الوالدة أو كلاهما بقصد توجيهه إلى الأساليب الصحيحة في السلوك .

٥ - التأثير الذي يحدث في سلوك الطفل من جراء التمازج بين أسلوب الوالد وأسلوب الوالدة في طريقة تربية الطفل ، وأسلوب معاملته .

— مدى أهمية التنشئة الوالدية :

للتنشئة الوالدية أهمية كبيرة في التأثير في سلوك الطفل ونموه وشخصيته . فالنشئة الوالدية تنطوي على الكثير من أساليب التفاعل مع الطفل ، والكثير من العادات والتقاليد وأساليب السلوك التي يمارسها الآباء من خلال عملية التنشئة الوالدية . كما يسود في كل أسرة جو خاص يحكم العلاقات بين أفرادها ، وهذا الجو وما يتصف به من دفء وحنان أو من قسوة وكراهية أو من ديمقراطية أو تسلطية أو تدليل يؤثر في شخصية الطفل وسلوكه في المواقف اليومية المختلفة .

ولهذا يكون للعلاقات النفسية التي يكوّنها الطفل مع أمه في السنوات الأولى من حياته أثرٌ في تحديد ملامح شخصيته ، فإذا لم تكن هذه العلاقة حميمة فإنه يكون من الصعب تكوينها فيما بعد . ويرى أريكسون Erikson (١٩٦٣) أن فترة الطفولة الأولى هي فترة الإحساس بالثقة والتغلب على الإحساس بعدم الثقة ، حيث يستمد الطفل ثقته بنفسه وبالأخرين من خلال علاقته بأمه .

بالإضافة إلى ذلك فإن دور الأم في مشاركة الطفل وجدانياً له أثر كبير في تربية الطفل ، فالأم التي تخصص وقتاً أطول في اللعب مع الطفل تكتسب وده وصداقته مما يؤدي إلى علاقة حميمة يسودها الدفء والتقبل . ولكن الدراسات أكدت أنه ليس المهم في عدد الساعات التي تقضيها الأم مع طفلها ولكن في نوعية التفاعل الحاصل بين الطفل وأمه . إذ قد تقضي الأم وقتاً طويلاً مع الطفل في غرلا واحدة ، إلا أن التفاعل بينهما يكون ضعيفاً (الصراف ، ١٩٩١) .

ولهذا يرى كohn (١٩٨٩) أن مستوى وعي الأم باعتبارها عاملاً أساسياً في معاملة الطفل ، فالأم الراحية تهتم كثيراً بعملية تربية الطفل وذلك من خلال تأكيدها على أهمية الإشباع النفسي والسعادة والانضباط الذاتي للطفل ، في حين أن الأم المتفترة إلى الوعي التربوي فإنها تهتم فقط بالمسايرة الاجتماعية أو الطاعة العمياء .

كما أثبتت الدراسات أن أطفال الأسر التي يسود فيها الجو الديمقراطي والذين كانوا سعداء انضباطيين في مرحلة الطفولة كانوا أكثر نشاطاً واجتماعية وأكثر رغبة في التطلع والاستكشاف . في حين أن أطفال الأسر التي تسبغ أساليب التسليل والتحفيز كانوا أكثر خوفاً من التعرض للخطر وأكثر محافظة على أجسامهم وملابسهم ، وأن الملهيات الكبيرة كانت لديهم أقل نمواً .

أما الأسر التسلطية فتعني عند أبنائها التمييز المنصري والتعصب ، والخوف من السلطة أو الطاعة العمياء ، أو تشيهد فرداً لديه مشاعر الذنب والقلق وفقدان الثقة بالغير بشكل واضح . وهذا الأسلوب في التربية من شأنه أن يفرس الخاطا تسلطية ، وتزعجت عدوانية في سلوك الأبناء فيما بعد . ولهذا يقول كولي Cooley : « إن المجتمع مرآة يرى المرء فيها نفسه » فالطفل الذي يُعامل بالتسلط لابد أن يظهر التسلط والعدوان في سلوكه . ويرى مورلي Murphy (١٩٧٣) ، وهايت White (١٩٧٨) أن التزمّت الشديد في التنشئة الوالدية يؤدي إلى ظهور اضطرابات سلوكية متعددة وخاصة القلق والتطرف الفكري والمغالتي ، وحالات المستبريا .

كما أن المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي للوالدين أثر في سلوك الطفل . فالأمهات الأكثر تعليماً والأفضل من حيث المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي أكثر ميلاً إلى توفير الاستقلال لأطفالهن ، وأكثر تعاوناً وميلاً إلى المساواة بين أطفالهن ، في حين أن الأمهات الأقل تعليماً والأدنى من حيث المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي كن أكثر ميلاً إلى الضبط والعقاب .

بالإضافة إلى ذلك فإن حجم الأسرة ، وترتيب الطفل الميلاد في بين أخوته ، ونوع جنس الطفل ، وعمر الوالدين ، كل ذلك يؤثر في أسلوب تنشئة الطفل ، ولكن كل واحد من هذه العوامل ليس هو المؤثر الوحيد وإنما يُعتبر أحد المؤثرات والذي يتعامل مع خبره للتأثير في سلوك الطفل وشخصيته .

لقد وجد روزنبرغ Rosenberg (١٩٧٩) أن هناك اختلافاً جوهرياً بين أسلوب معاملة الطفل عند أمهات الأسر الكبيرة وأمهات الأسر الصغيرة ، وذلك بسبب الأجواء التربوية والنفسية والاجتماعية التي تنهبا للطفل في كلا النوعين من الأسر . كما وجد بلوك Bullock (١٩٨٨) أيضاً أن علاقة الطفل المبكرة بالأم تتأثر إلى حد ما بحجم الأسرة وعدد الأطفال لدى الأم ، حيث أنه كلما زاد عدد

الأفراد في الأسرة كلما كثرت مسؤوليات الأم ، وقلَّ اهتمامها بالأبناء .

وفي دراسة أخرى أجراها موليز وموليز Mullis & Mullis (١٩٨٧) حل عينه من الأسر تتألف من ٨٦ أمًا وأطفالهن ، تبين أنه كلما صغر عمر الأم كان تأثيرها أكثر في عملية التفاعل مع الطفل ، وأنها تقضي وقتاً أطول في اللعب معه بالمقارنة مع الأمهات الأكبر سناً .

من جهة أخرى فإن التفاعلات الوالدين نحو ذواتهم ينعكس على اتجاهاتهم نحو الآخرين ، حيث أن تقل الذات يرافقه تقبل الآخرين ، وعدم تقبل الذات ينعكس على عدم تقبل الآخرين . ولهذا فإن الاتجاهات التي يتكونها الطفل نحو ذاته ونحو الآخرين والتي تحدد سلوكه وشخصيته ، تنعكس تلك على إنجازاته الدراسي وأساليب تفاعله مع الآخرين . وهذا يتوقف بدرجة أساسية على مدى تقبل الوالدين للطفل في طفولته المبكرة والتي تعتبر كما نرى مدرسة التحليل النفسي أهم المراحل في تكوين شخصية الإنسان .

— العلاقة بين التنشئة الوالدية والأمراض النفسية للأطفال :

لقد أهابت النظريات النفسية والسيكاثرية أهمية كبيرة للتنشئة الوالدية ولطبيعة العلاقات التي تتم بين أفراد الأسرة في نشوء المرض النفسي عند الأطفال ، منطلقة في ذلك من أن المريض هو الأسرة ، بمعنى أن الأسرة تشكل الأرض الخصبة لنشأة المرض النفسي .

ولهذا يرى برون وأغرون Bowen, et. al. (١٩٦١) أن الأسرة وحدة واحدة ، والنمط المرضي داخل الأسرة هو الشخص الذي عبرت عن طريقه الأسرة عن اضطرابها (فهو عرض لما تعانيه الأسرة من اضطراب) .

كما يرى باتسون وزملاؤه Bateson, et. al. (١٩٦٠) أن الطفل يقع فريسة للمرض النفسي عندما يتعرض للاتصال بينه وبين الأم للنشوء .

أما أكرمان Ackerman (١٩٥٨) فيركز على المتاح الوجداني والاتجاهات العاطفية المتفاعلة داخل الأسرة . حيث يرى أن الأسر المريضة يوجد عندها نوع من التناقض الوجداني بين ما يبدو على السطح وما يوجد في الداخل . فما يبدو على السطح يتصف بالهدوء والثبات والاستقرار ، ولكنه هدوء يتصف بالركود ،

وثبات أميل إلى الجمود . ويرى الوالدان أن الأشياء يجب أن تبقى كما هي ، حيث يتشتر نوع من الموت الوجداني في الأسرة . وهذا الجوى ينعكس على التعامل بين أفراد الأسرة ويصبغها بصبغة اكتئابية . فالهذوء الظاهري المصطنع سرعان ما تمزقه بين الحين والآخر بعض الثورات العنيفة التي تبدأ من حادث بسيط ، ولكنه سرعان ما يشمل الأسرة كلها ، وينقلب الهذوء إلى ثورة خالصة وذعر شديد . ولهذا يصبح المنزل مكاناً موحشاً فارغاً من العلاقات الإنسانية الحميمة والدافئة فكل شيء يفقد معناه داخل هذه الأسرة « فكل واحد ينظر إلى الآخر دون أن يراه » . كما تفرص مثل هذه الأسرة على تأكيد قيم التفاني الكاذب عند أبنائها وضرورة التضحية . لذا يشعر أبناء هذه الأسر بالقلق والشعور بالذنب مما يؤدي إلى سيطرة مثل هذا الشعور عند كل أفراد الأسرة . ولهذا يسقط الفرد مشاعره على العالم الخارجي فيدركه عالمًا قاسياً وغير آمن .

أما العالم شولمان Shulman (١٩٦٨) فيعتقد أن النقصاني يُصنع ولا يولد ، وهذه الصناعة تبدأ منذ سن الطفولة ، ويرى أن هناك عاملين وسبباً هو القيم الشخصية ، وهذه القيم الشخصية التي يتكوّن الفرد بنفسه هي التي تؤدي إلى المرض . وهذه القيم مكتسبها الفرد في أسرته في أثناء الطفولة عن طريق تعليم الوالدين له كيفية الاستجابة في مختلف المواقف .

في حين أن رولان Wolman (١٩٧٠) يرى أن الفشل وخيبة الأمل اللذين يواجههما الوالدان لها أثر كبير في نشأة المرض عند الطفل . فمثل هؤلاء الآباء لا يبحث كل منهم عند الزواج عن شريك ناضج ، وإنما يبحث عن آباء محبين عطوفين في أزواجهم . ولهذا يتوقع كل منهما أن يجد عند الآخر ما يفتقده هو ، وما يفتقده الطرف الآخر أيضاً . وسرعان ما يشعران بالإحباط والصيق والفشل المرير . . . وهذا الشعور عند الوالدين هو المنتج المناسب الذي تنشأ فيه الميئذات المرضية . فالطفل في هذه الأسر ينشأ مثل غيره من الأطفال قاصراً ضعيف الحيلة يحتاج إلى مساعدة الآخرين ، ولكنه يتحقق بعد ذلك أن هناك شيئاً مختلفاً بالنسبة إلى اعتياده على مساعدة والده . فهو لا يجد مساعدة وإنما يجد استحواذاً . ويعيش تحت تهديد مستمر بأن يفقد حب الوالدين إذا فكر أن يخرج على الأساليب المألوفة له ، وكلما أجهد الطفل نفسه في إرضاء والده ، طلباً منه المزيد ، وكلما أعطى لها من الحب جعل ذلك في إنهاب مصلحته العاطفية وانتهى به الأمر إلى اميلار ذهاني (كضاني ، ١٩٨٩) .

كما وجد كاستانين ، ونثيت ، وساج Kasanum, Knight & Sage (١٩٣٤) أن أسلوب الحياة الزائدة والرفض عند آباء المرضى الفصامين يمثل ٦٠ ٪ من مجموع أساليب معاملة آباء مجموعة من الفصامين . كما وجد شبيغل ويل Spiegel & Bell (١٩٦٧) أن أمهات الفصامين ينمن بعدم الأمن والسطحية والتصلب والسيطرة . ولهذا فإن مثل هذه السياسات المرضية عند الآباء تنعكس حل أساليب المعاملة لأبنائهم وتجعلها غير سوية ، كما تجعل الجو الأسري مضطرباً وغير صالح للنمو السوي .

وفي دراسة أجريت في الولايات المتحدة الأميركية (في ولاية ميتشغن) ١٩٤٠ على ٥٠٠ طفل، تم استنتاج الآتي :

- وُجِدت علاقة واضحة بين العدوان غير الاجتماعي عند الأطفال وبين سلوك الرفض من قبل الآباء . كما وُجِدت علاقة بين سلوك الجنوح عند الطفل وسلوك الإحمال من قبل الآباء .

وفي دراسة أخرى أجراها كاس Cass (١٩٥٢) وجد علاقة بين سلوك الجنوح عند الطفل وسلوك التحكم عند الآباء .

وفي دراسة قام بها ليفي Levy (١٩٥٤) عن العلاقة بين الحياة الزائدة عند الأمهات وأثرها في سلوك الأبناء وجد أن الأطفال الذين يُعْمَلُونَ بِحِماة زائدة معتملة على التساهل كانوا عنيدين ومستبدين في المنزل ، وتتأهب نوبات الغضب ومن الصعب السيطرة عليهم . أما الأطفال الذين قُومُوا بِحِماة زائدة قائمة على السيطرة فقد كانوا حائمين في المنزل ومن الصعب عليهم تكوين الصداقات ، كما يهلون إلى السيطرة أو الاتسحاب ، ونصفهم كان يعاني من مشكلات متعلقة بالأكل (كفاي ، ١٩٨٩) .

الفصل الثالث :

التوافق النفسي والاجتماعي وأثره في شخصية الطفل

- مفهوم التوافق النفسي والاجتماعي .
- أساليب التوافق النفسي والاجتماعي عند الأطفال .
- أثر الأساليب التوافقية في شخصية الطفل .
- التوافق وحيل الدفاع النفسي .
- دور الأسرة في التوافق النفسي والاجتماعي للأطفال .
- أهمية شعور الطفل بالأمن في توافقه النفسي والاجتماعي .
- أسباب سوء التوافق النفسي والاجتماعي .

الفصل الثالث

التوافق النفسي والاجتماعي واثره في شخصية الطفل

— مفهوم التوافق النفسي والاجتماعي :

إن ظروف الحياة في حالة تغير مستمر ، وهذا ما يضطر الكائن الحي إلى تعديل استجاباته كلما تغيرت ظروف البيئة التي يعيش فيها ، كما يضطر أحياناً إلى إحداث تعديل أو تغير فيها . وهذا يعني بأن الحياة تتضمن القيام بعمليات التوافق بشكل مستمر . ويرى دسوقي (١٩٧٤) أن علم النفس هو علم دراسة التوافق . وما دام الكائن الحي قادراً على القيام بهذا التوافق المستمر ، فهو يستطيع الحياة والبقاء . أما إذا عجز عن القيام بهذا التوافق فسيؤدي إلى الاضطراب والمرض ، وقد يؤدي إلى الهلاك .

وبما أن التوافق يتطلب تغييراً في سلوك وتفكير والتجاهات الشخص ، فهذا يفرض عليه أن يكون على درجة كبيرة من المرونة والقدرة على التعديل والتغير ، فإذا عجز عن إشباع دوافعه تعرض للإحباط والفشل ، أما إذا اصطدمت رغباته مع رغبات المجتمع فإنه يسمى إلى استعادة التوازن والانسجام ويعدل سلوكه ليتوافق مع سلوك الجماعة ، وذلك باتباع التقاليد والخضوع للالتزامات الاجتماعية ، أو يقوم بتغيير بعض عاداته والتجاهات ليوائم الجماعة التي يعيش فيها ، ويسمى ذلك بالتوافق الاجتماعي (المليحي ، ١٩٧٣) .

فالتوافق كما يراه سلوتكن Slotken مسألة معقدة مرتبطة بشع الحضارة والثقافة التي يعيش في كنفها الفرد . فالتوافق نسبي ، وأحواله استقرار مؤقت للآتزان الحيوي والنفسي .

ويؤكد شوبن Shoben نسبية التوافق ، إلا أنه يضع محكاً للتوافق يقدر بمدى إمكانية الفرد ومدى توظيفها وتحقيقها في الواقع (المغربي ، ١٩٩٢) .

فالتوافق كما يعرفه نجاتي (١٩٨٤ ، ص ٣٦١) هو « النشاط الذي يقوم به الكائن الحي ويؤدي إلى إشباع الدوافع » . وبهذا المعنى يكون التوافق عبارة عن مجموعة ردود الفعل التي يمثل بها الفرد كيانه النفسي أو سلوكه ليستجيب لشروط محيطية معينة . فهو محور النمو النفسي والاجتماعي ، وهو من أهم مطالب النمو العقلي والمعرفي والاجتماعي ودليل على الصحة النفسية للفرد .

والتوافق الذي ستطرق إليه في هذا الفصل سوف يتضمن المعنى النفسي والمعنى الاجتماعي .

فالتوافق بمعناه النفسي يتضمن السعادة مع النفس والرضا عنها ، وإشباع الدوافع والميلجات الأولية والثانوية ، بالإضافة إلى التوافق لمطالب النمو في مراحله المتتابعة . ويعرفه زهران (١٩٧٨) بأنه « عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد والبيئة » . أما الحصري (١٩٨٧ ، ص ٢٠٥) فيعرفه بأنه « محصلة معددة لعلاقة جدلية بين الذات بكل عبراتها السابقة وإمكاناتها العقلية النفسية وطموحاتها ، وبين العناصر والمعطيات الموضوعية - كما يدركها الإنسان - في المواقف المختلفة ، ويتوافق الفرد عادة مع المواقف التي يدركها حل أنها ميسرة لتوظيف إمكاناته ، وداعمة لتحقيق طموحاته » . فالتوافق النفسي مفهوم نسبي عند الأفراد ، ويختلف باختلاف الثقافات والمواقف المختلفة .

ولهذا واستناداً إلى ما تقدم نعرف التوافق النفسي بأنه « محصلة لما يقوم به الفرد من علاقات تفاعلية مع البيئة التي يعيش فيها » ، المهدف منه إحداث توازن نفسي بين الفرد وبيئته من أجل ضمان نمو إمكاناته وتوظيفها وتحقيقها في حيز الواقع » .

أما التوافق بمعناه الاجتماعي فقد وصفه زهران (١٩٧٨) بأنه ذلك التوافق الذي يعبر عنه بعلاقة الفرد المتجانسة مع بيئته الاجتماعية والسعادة مع الآخرين ، ومسايرة المعايير الاجتماعية والامتثال لقواعد الضغط الاجتماعي ، وتقبل التغيير الاجتماعي ، والتفاعل الاجتماعي السليم والعمل لحير الجاهة والسعادة الزوجية مما يؤدي إلى تحقيق الصحة الاجتماعية .

أما أبو النيل ومجدة أحمد (١٩٨٥ ، ص ١٩) فيعرفان التوافق الاجتماعي

بأنه « قدرة الفرد على إقامة علاقة مناسبة ومسايرة لأعضاء الجماعة التي ينتمي إليها ويحظى في الوقت نفسه بتقدير واحترام الجماعة لأرائه واتجاهاته » ولذا يمكن تعريف التوافق الاجتماعي بأنه « العملية التي يتمكن بها الفرد من إقامة علاقات مناسبة مع المجتمع بما يتفق وينسجم مع القواعد والمعايير الاجتماعية السائدة فيه ، بما يحقق التوافق الصحي مع الذات والآخرين » .

وهذا تكون الصحة النفسية للفرد في مدى قدرته على التوافق الاجتماعي وإقامة علاقات اجتماعية سليمة مع أفراد المجتمع الذي يعيش فيه .

٣- أساليب التوافق النفسي والاجتماعي عند الأطفال :

من أجل التوافق مع مواقف الحياة التي تواجه الأطفال ، يميلون إلى استخدام أساليب توافقية مختلفة ، وقد يواجهون بالإحباط الذي يؤدي إلى التوتر النفسي ، مما يؤدي أحياناً إلى اتباع أساليب توافقية غير صحيحة - شاذة - تختلف باختلاف الأشخاص والظروف المحيطة . كما أن الصراع الذي ينشأ لدى الطفل في مرحلة الطفولة والذي يكتسبه عادة من والديه أو من يقوم مقامها في تربيته وتنشئته الاجتماعية يعتبر الأسس في سوء التوافق النفسي لدى الطفل . ولكن يجب أن لا يفهم من ذلك أن الوالدين يعلمان طفلها هذا الصراع عن وهي منها بل إن الطرق الحكيمة التي يتبعها الوالدان في أثناء معاملة ولدهما هي التي ينشأ عنها هذا الصراع اللاشعوري عند الطفل (مرسى ، ١٩٧٦ م) .

والأساليب التوافقية التي يستخدمها الأطفال قد تكون بالمواجهة المباشرة للمشكلات التي تعترضهم ، وقد تكون أساليب غير مباشرة ، أي يتخذ الفرد وسائل بديلة تكون ذات قيمة إيجابية ، وقد تكون أساليب غير مباشرة يتخذ الفرد وسائل بديلة تكون ذات قيمة سلبية ...

ففي مرحلة الطفولة نجد أن الطفل الأول يتخذ مجموعة من الأساليب للتوافق عند ميلاد طفل جديد . فمن المعروف أن الطفل الأول يكون مركز اهتمام الأسرة ، وفي حالة مرضية من النشاط قبل ميلاد الطفل الجديد ، ولكن بعد هذا الميلاد يفقد الطفل الأول مركز الاهتمام ، ويواجه مشاكل أخرى، ولذلك يلجأ إلى اختيار أحد الأساليب التالية للتوافق مع الموقف الجديد هي .

١- قد يلجأ إلى أسلوب المواجهة المباشرة الإيجابي : حيث يساعد الطفل الأول

أخاه (الطفل الثاني) أو يشاركه في ألعابه . وهذا ما يكسبه تقديراً اجتماعياً من قبل الوالدين .

٢ - وقد يلجأ إلى القيام بنشاطات بديلة إيجابية : وفيها يقوم الطفل بقراءة القصص ، أو اللعب مع رفاقه ، وهذا الأسلوب أكثر احتمالاً من أسلوب المواجهة المباشرة .

٣ - وقد يلجأ إلى نشاطات بديلة ذات قيمة سلبية : مثل الشقاوة ، والعدوان ، والتخريب ، أو الهروب من المنزل .

٤ - وقد يلجأ إلى أسلوب المرض (أو التهاضر) : عندما لا يجد الطفل الأول نفعاً من الأساليب الثلاثة السابقة ولم ينجم عنها إرضاء له فإنه يلجأ إلى هذا الأسلوب لاستمالة الانتباه المفقود ، ولينبه الوالدين بأنه لا زال موجوداً ويحتاج إلى الاهتمام .

— أثر الأساليب التوافقية في شخصية الطفل :

يكون الطفل في حالة استخدام أسلوب المواجهة المباشرة للمشكلة في حالة نشاط مستمر ، حيث يعتبر أن رعايته لأخيه الأصغر واجبة ، أو أن دعائه إلى المدرسة ضروري . . . وهذا ما يجعله يتغلب على الصعوبة التي واجهته بشكل سليم . فالتوافق الناجح والسوي يؤدي إلى بناء الأنا وإزدياد شعور الطفل بأهميته ، وقوي شخصيته ، ويجعله أكثر قدرة واستعداداً لمواجهة مشكلات مستقبلية ، كما أن سلوكه يصبح أكثر تكاملاً مما كان عليه قبل مواجهة المشكلة ، أي أن هذا الأسلوب يسهل عملية النمو ويرقى به لاستخدام أساليب أكثر ملاءمة لمواجهة مشكلات مستقبلية أكثر تعقيداً .

أما في حالة استخدام الأسلوب البديل الإيجابي ، فقد يكون توافقاً منطقياً أكثر من المواجهة المباشرة ، فبالرغم من أن اختيار سلوك بديل قد يتيح عنه شعور بالمثل بالنسبة إلى العائق أو المشكلة التي تجتنبها الطفل ، فإنه من المحتمل أن يجعله يكرس طاقة أكثر غنى في السلوك البديل ، وأن الشعور بالعمل في إحدى المحاولات قد يكون دافعاً للفرد في بذله طاقة أكثر في مجال آخر .

أما استخدام الأسلوب البديل السلمي في التوافق فهو يؤدي إلى إضعاف

قدرة الفرد على مواجهة المشكلة وبلغاً إلى المروعة والحيلة والتخلص، وهذا ما يضعف من شخصية الطفل وقد يعمم هذا الأسلوب في معالجة مشكلات المستقبل ويؤدي به إلى النقص ويصح السلوك غير متكامل . . .

أما الحالات الأكثر تطرفاً فهي استخدام الطفل سلوكيات بديلة سلبية شاذة . فهو يحاول أن يخفف من حدة التوتر الناتج عن المشكلات التي يواجهها في المجتمع بالانصراف عن المشكلة الأصلية والعيش في حياة انفعالية داخلية في عالم من الوهم والخيال ، إنه أسلوب تكوحي في التوافق

فالطفل المنحرف لا يعالج العوامل الأصلية التي تسبب المشكلة ، بل يعالج مظاهرها فقط ، والتوافق يتبدى مبكراً جداً لدى الفرد ولا ينتهي إلا بانتهاء الحياة . . .

واستناداً إلى ذلك فإن الأسلوب التوافقي الذي كان قد استخدمه الفرد في حياته يميل إلى الثبات في شخصيته ومن السهل تكراره عند معالجة المشكلات نفسها في المستقبل .

والحقيقة فإنه لا يوجد شخص يستخدم أسلوب المواجهة المباشرة ، أو أسلوباً توافقياً بديلاً إيجابياً في كل وقت ، فكل شخص يستخدم أسلوب المواجهة والتفكير أحياناً ، ولكن الشخصية القوية تميل إلى استخدام النوعين الأولين المعتادين ، بينما ضعيف الشخصية يستخدم النوعين الآخرين في معالجة مشكلات الحياة ، مما يوقعه في الاضطراب النفسي والتوتر والقلق ، ويؤدي به إلى اللجوء إلى حيل الدفاع النفسي والتي تعتبر أساليب لاشعورية من جانب الفرد المهدف منها تشويه الحقيقة للتخلص من التوتر والقلق الناتجين عن الاحباطات وهدفها وقاية الذات والدفاع عنها والاحتفاظ بها ، وهذا هو أقصى درجات سوء التوافق النفسي والاجتماعي .

— التوافق وحيل الدفاع النفسي :

تعتبر حيل الدفاع النفسي محاولاتٍ للإبقاء على حالة التوازن النفسي من أن يصيبه الخلل ، وهذه الحيل يلجأ إليها النفس في حياتهم سواء أكانوا أسوياء أم شواذاً، ولكن الفرق هو أن هذه الحيل تكون معتدلة ومعقولة عند الأسوياء ، ومبالغ فيها عند الشواذ ، والفرق بين الاستجابات السوية والاستجابات غير

السوية هو في الدرجة .

وأهم حيل الدفاع النفسي الأكثر حدوثاً في مرحلة الطفولة ما يلي :

١ - النكوص :

هو العودة إلى سلوك غير ناضج كان يجد فيه الطفل بعض المتعة والراحة حين مواجهة مشكلة ما . مثال : حيناً يلجأ الطفل في سن السادسة مثلاً إلى التحدث بلغة ابن الثانية ، أو التبول على ثيابه . . . أو الليل إلى التخریب من أجل لعت انتباه الوالدين ، أو النهوض من أجل العناية به .

٢ - الإسقاط :

وهو ميل الفرد إلى أن ينسب ما في نفسه من عيوب وصفات غير مرغوبة ويعلقها بالآخرين أو القدر أو سوء الحظ . ومثال ذلك : اتهام الطفل غيره بأنه عدواني وبأنه يوسخ ثيابه أو يعض إصبعه بالرغم من أن هذه الصفات أو بعضها موجودة لديه ويحاول أن ينجيها عن نفسه

٣ - التبرير :

وهو تعليل السلوك بأسباب تبدو منطقية ومعقولة في حين أن الأسباب الحقيقية انفعالية وغير منطقية . والتبرير يختلف عن الكذب ، حيث أن التبرير لا شعوري بينما الكذب شعوري .

٤ - الإنكار :

وهو إنكار الفرد لما هو موجود فعلاً لتجنب الألم وإبعاد ذلك عن نفسه ، ومثال ذلك إنكار الطفل لموت أمه والقول إنها موجودة في الغرفة المجاورة .

٥ - الكبت :

وهو ميل الفرد إلى إبعاد الأفكار والدوافع المؤلمة أو المخزية المؤدية إلى القلق ، من حيز الشعور إلى اللاشعور تجنباً لمواجهة وحماة الذات . مثال ذلك المرأة التي تعرف حقيقة خيانة زوجها وتكبت ذلك حفاظاً على أطفالها ، وكذلك الموظف الذي يقد على رئيسه في العمل ويكبت ذلك تجنباً من مواجهته وفقد وظيفته .

٦ - الانسحاب :

وهو الخروب من مواجهة المشكلات الحقيقية ، ومن مصادر التوتر والقلق ،
والنيل إلى العزلة والوحدة لتجنب الإحباط الذي ينجم حين مواجهة هذه
المشاكل .

٧ - التجمهر :

وهو ميل الفرد إلى أن ينسب إلى نفسه صفات مرغوبة على غرار ما هو
موجود عند شخص آخر توجد عنده هذه الصفات ، أو ينسب انتباهه إلى مؤسسة
فيها من الصفات التي يرغب فيها أو جماعة تتحل بصفات حميدة فهو « ابن لفلان
أو طالب في كلية ... أو ينتمي إلى قبيلة ... » .

٨ - ردود الفعل العكسية :

وهو التعبير عن الدوافع المستهجة سلوكياً بشكل معاكس ، أو استجابة
مضادة ، فالطفل الذي يكره أخاه الصغير يميل إلى المبالغة في حبه كرد فعل
عكسي .

٩ - العدوان :

وهو هجوم يوجه إلى مصدر خارجي قد يكون شخصاً أو أشياء مسؤولة عن
إعاقة بالغة . مثال : عدوان الطفل على أخيه أو على قذاته أو التشهير بأخيه
والتحدث عنه باستخفاف .

١٠ - الإحلاء أو التسامي :

وهو الميل إلى الارتفاع بالدوافع والرغبات التي لا يقبلها المجتمع وينظر
إليها نظرة استهجان ، وتصميمها إلى مستوى مرغوب والتصير بها بوسائل مقبولة
ومرغوب بها من قبل المجتمع . مثال : « إحلاء إشباع الدوافع إلى العدوان عند
الطفل إلى الرياضة والقراءة والفن ... » .

١١ - أحلام اليقظة :

وهي اللجوء إلى عالم الخيال لتحقيق ما عجز الطفل عن تحقيقه في الواقع .

ومثال ذلك الإغراق المفرط في عالم اليقظة ، فأحلام اليقظة تكون مفيدة لو كانت مؤقتة ، ولكن في حالة استمرارها وسيطرتها على الطفل فإنها تقوده إلى الاضطراب النفسي . وما لا شك فيه فإن أحلام اليقظة عند الطفل وتصوره لصرعاتها وإحباطاتها لو أنها تحققت حسب تمثيل الطفل لأذى ذلك إلى زوال صراعه النفسي وشعوره بالإحباط . وأحلام اليقظة في الغالب تتخيل القوة والنجاة والمبقرة والغلب على كل أنواع الصعاب فإذا ما ازدادت هذه الأحلام فإنها تسيطر عليه وتجعله حبسها وتزيد من سوء توافقه النفسي .

وبما أن لأحلام اليقظة فائدة كأن يرى الطفل نفسه طيباً ، أو طياراً ، أو مهندساً مما يدفعه إلى مزيد من الجهد في دراسته وتحصيله ، فقد يكون لهذه الأحلام من جانب آخر دورٌ مهم عند الطفل وعلى المجتمع وذلك كأن يرى الطفل نفسه ضيقاً يملك المال والجاه مما يدفعه إلى سرقة أهله أو الأشخاص المحيطين به . وهذا ما يؤدي إلى الانحراف السلوكي والاضطراب عند الطفل . لذا لا بد للآباء والمربين من توجيه الطفل نحو عالم الحقيقة ، وتدريبه على التفكير السليم مع استخدام الخيال في حدود معقولة ومنطقية .

— دور الأسرة في التوافق النفسي والاجتماعي للأطفال

تعتبر بيئة الطفل المحيطة والتي تشكل الأسرة نواتها الأولى - بما في ذلك أسلوب تربية الوالدين - عوامل هامة في تشكيل شخصيته ، وتكوين اتجاهاته ، وميوله ونظرته للحياة . وهذا يحتم علينا كأباء أن نحسب للطفل المناخ المناسب منذ ولادته . ونتبع أفضل السبل التي نحسب له المرور عبر مراحل الطفولة إلى المراهقة فالرشد بأمان . ولذلك لا بد من معرفة خصائص نمو الطفل في جميع نواحي شخصيته (الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية) وأن نعمل على تنميتها بالطرق السليمة .

فالطفل في السنوات الأولى من حياته يتعلم الكثير من الخبرات التي تساعده على النمو السليم . فإذا توافر للطفل جو عائلي مليء بالحب والعطف والطمأنينة استطاع أن ينمو نمواً سليماً وأن يتوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه . أما إذا ساد الجو العائلي الخصام والقلق وتعلقت مواقف الحرمان وحدتها بالنسبة إلى الطفل أدى به إلى الاضطراب والصراع وينعكس آثار ذلك على شخصيته في

المستقبل فما يكتسبه الطفل في الطفولة المبكرة من عادات وانماهات يميل إلى الثبات النسبي ومن الصعب تغييره فيما بعد . فقد أكدت الدراسات التنبئية للأطفال أن ما يكتسبه الطفل في مرحلة الطفولة من أسلوب في الحياة ومن مفهوم للذات تبقى آثاره مستمرة في حياة الفرد وفي الأساليب المختلفة التي يتعامل بها مع الناس . ولهذا فإن « فرويد » يرد سلوك الشخص الراشد إلى مرحلة الطفولة المبكرة . ويرى أصحاب مدرسة التحليل النفسي أن السمات الرئيسية للشخصية توضع أصولها في الطفولة .

والبحوث الإكلينيكية النفسية تشير إلى أن البيوت التي يسودها الود والتعصب ، وتقوم علاقاتها على الثقة والاحترام والتقدير ، ويقوم أسلوب تربية الوالدين على التوازن بين الحرية وال ضبط هي بيوت تخرج أشخاصاً أسوياء ، بعكس البيوت التي تغرس في نفوس أبنائها الكراهية والحقد والحول فلها تخرج للمجتمع شخصيات منحرفة وجانحة وعصابية ، ويرى « بريت » أن أبشع العوامل وأكثرها خطراً وتدميراً هي العوامل التي تندد حول حياة الأسرة في الطفولة (فهمي ، ١٩٦٧ ، ص ٦٨) .

— أهمية شعور الطفل بالأمن في توافقه النفسي والاجتماعي :

يحتاج الطفل إلى الشعور بالأمن حاجة شديدة ، ويرى « أوسجيان » أن الطفل إذا كان في وسط مألوف يحس فيه بالأمن ويشعر بوجود شخص راشد مألوف لديه فإن سلوكه يتسم بالاتزان . وهذا ما أكدته « أنا فرويد » : عندما قصت مباتي لندن عام ١٩٤٠م بالقابل فإن الأطفال كانوا يستمرون في اللعب أو النوم إذا بقيت أمهاتهم حل قرب منهم ، أما الأطفال الذين أجلبوا إلى الريف بعيدين عن أمهاتهم بعيداً عن القنابل ، فقد أظهروا كثيراً من الفلق ، رغم المميزات الشخصية والتربوية التي كانت تحتل بها المشرفات عليهم من كمن يقمن مقام الأمهات الحقيقيات .

وللأمن عناصر أساسية منها : المحبة ، والقبول ، والاستقرار . فشعور الطفل بمحبة من يحيطون به ، وحب أمه له شرطان ضروريان لتوافقه النفسي ليس في الناحية الانفعالية فحسب بل وفي الجانب البيولوجي والفكري أيضاً . وقد أثبتت الدراسات أن الطفل المحبوب سعيد ومتوافق نفسياً واجتماعياً . ولكن هذا

الحب يجب أن يكون حقيقياً ، صادراً من القلب وليس مزيفاً ، ولكن الحب لا يؤدي مفعوله في إشعار الطفل بالأمن إلا إذا أحس الطفل بأنه مقبول في عائلته ، ويتحل هذا القبول بشعور الطفل بأن له مكانة في المنزل ، وأن والديه صحيان من أجل مساعدته مما يشعر الطفل بأنه مرغوب فيه ، وأن هناك روابط قوية تربطه بأسرته .

كما أن من شروط الأمن والتوافق النفسي والاجتماعي ، استقرار الوسط العائلي ، فإذا كانت البيئة العائلية ثابتة ترحب به ، والأساليب التي يُعامل بها مستقرة تساعد ذلك على نموه نمواً سليماً وتكيفه مع الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه بشكل مناسب . أما إذا كانت البيئة العائلية التي يعيش فيها الطفل مضطربة ، وكان هناك اختلاف في الانتماءات الوالدية في تنشئة الطفل أدى ذلك إلى سوء التوافق النفسي والاجتماعي لدى الطفل وزعزعة الكيان النفسي لديه . كما أن ثبات واستقرار العلاقات المتبادلة بين الوالدين (كزوجين) من العوامل التي تساعد الطفل على الأمن النفسي وتوافقه : فالانتران العائلي يترتب عليه غالباً إعطاء الطفل ثقة في نفسه وثقة في العالم الذي يتعامل معه بعد ذلك . وبدراسة ما يزيد عن (٣٠٠) حالة من حالات الأحداث الجانحين تبين أن ٧٥ ٪ تقريباً من الحالات يرجع فيها الجنوح والشرذ إلى انهيار صرح الأسرة . وهذا ما يدل على أن تماسك كيان الأسرة له أثره للبشر في التوافق النفسي والاجتماعي للأبناء (الفوصي ، ١٩٧٥) .

كذلك الحال فإن استقرار الطفل في المسكن والمدرسة التي يحافظ من خلالها على أصدقائه وعلاقاته مع الآخرين يوفر الأمن والأمان للطفل (فهمي ، ١٩٦٧) . لدرجة الأمن التي يحس بها الطفل ذات أثر كبير في رشدته وتوافقه أو عدم توافقه نفسياً واجتماعياً .

ولهذا فإن البيت المتمسك بالمسجم يوفر للطفل الحب والأمن والتقبل والطمأنينة ويشير فيه الثقة بالنفس ، ويديره على الاستقلال ، وتحمل المسؤوليات والتبعات الناجبة ، ويوفر له الإشباع للقرن المعقول .

كما أن المدرسة التي تعد الفرد للحياة بما توفره من ظروف تعمل على تنبيه إمكانياته وتنمية فاعليته مع المجتمع .

بالإضافة إلى المجتمع وما فيه من تقاليد وعادات ومثل عليا ونظم اجتماعية مختلفة تتيح الفرص للتكافؤ لجميع أفرادها لمهنة الحياة على نحو إيجابي فعال ، في العمل المناسب للمنتج ، والحرية الواجبة ، والثغافة الباسمة . فضلا عن توفير الشعور بالولاء والانتباه والعدل في توزيع المكاسب والتضحيات (للفرد) ، (١٩٩٢) .

— أسباب سوء التوافق النفسي والاجتماعي عند الأطفال :

لماذا يحدث سوء التوافق عند الأطفال ؟

إن سوء التوافق يحدث نتيجة إحباط الدوافع وعجز الطفل عن إشباع حاجاته . وسوء التوافق عند الطفل لا يكون مرتبطاً بإحباط دوافعه بشكل مباشر ، بل إن عوامل أخرى كثيرة تسبب سوء التوافق عنده .

فالصراع الذي يتعرض له الطفل والذي يحاول بعبء وسائل مواجهته والتعلب عليه يولد أحياناً استجابة فسيولوجية داخلية ، بالإضافة إلى الاضطرابات السلوكية الأخرى . والاستجابة الفسيولوجية تعني أن الطفل يصبح في حالة توتر واستثارة للتعامل مع الصراع ، مما يجعله أكثر عصبية وقلقاً ، وغوفاً وانزعاجاً ، وضغطاً ، وإحباطاً .

فالطفل عندما يولد له أخ صغير ، يشعر بأن هذا الصغير أتى ليحل محله ويسلبه المطف والحنان والاهتمام من والديه والذي كان يحصل عليه قبل ولادة أخيه الصغير . إن هذا الوضع يسبب للطفل الأكبر قلقاً واضطراباً في النوم . وتصحب علاقته وتصرفاته خيبة ، وحركاته مضطربة ، كما أنه يمتنع عن الأكل . كل ذلك قد يؤدي بالطفل الأكبر إلى ضرب أخيه الأصغر وعماوته التخلص منه بالضرب أو بالحقن ليعود إليه والده وحنانياً التي يشعر أنه فقدته .

كما أن عيش الطفل مع أحد والديه نتيجة الوفاة أو الطلاق وخاصة مع زوجة الأب يشعر الطفل بالحرمان من أمه التي كانت معه دوماً ، كما يشعر بأنه منبوذ من قبل زوجة الأب وأنها تعامله بقسوة ، فيؤدي إلى شعوره بالاكتمال والإحباط أو يهرب من المنزل ليحقق باقتران السوء ويكون السبب في تحرافه واضطراب سلوكه وسوء توافقه النفسي والاجتماعي .

نحيا أن غياب التوجيه من قبل الأم والأب في مرحلة نموه وتطوره يعرض الطفل للضغوط النفسية والقلق النفسي ، ويشتم شعوره وعماسته بنوع من عدم الشعور بالنتم والذنب لأي شيء يمارسه بشكل خاطيء . كما أنه لا يشعر بالموودة أو العطف والاحترام لأي شيء يفعله . بل إن الحالة قد تتطور بالطفل إلى أن يصل إلى مرحلة عدم الشعور بالقيمة الذاتية له ولغيره .

زد على ذلك فإن الأساليب التربوية الخاطئة تؤثر تأثيراً كبيراً في تكوين الطفل النفسي والاجتماعي وتسبب له سوء التوافق . فالحرمان من رعاية الأم أو الأب سواء أكان حرماناً كاملاً ، أو جزئياً وخاصة في السنين الثلاث الأولى من عمره يعرض الطفل لأذى بالغ الخطورة . ويتجلى ذلك في تعطل النمو الجسمي والعقلي والاجتماعي ، كما يؤدي إلى اضطراب في النمو النفسي حيث يحصل لديه اضطراب في تكوين الأنا والآخر الأهل .

وقد أكدت دراسة « جون هولبي » أن اضطراب كثير من الجانحين يرجع أساساً إلى العلاقات المضطربة التي تكونت بسبب انفصال الأطفال في سن طفولتهم المبكرة عن الأم .

كما أن شعور الأطفال بأنهم مهملون ومنبذون وخاصة في المراحل الأولى من حياتهم يؤثر تأثيراً بالغاً في توافقهم النفسي .

بالإضافة إلى ذلك فإن إفراط الأبوين في التسامح مع الأبناء يؤدي إلى آثار سلبية في التكوين النفسي للطفل ، إذ يكبر الطفل في العمر ويملك سلوكاً يدل على أنه ما زال صغيراً . إن مثل هؤلاء الأطفال لا يستطيعون الاعتماد عن أمهاتهم فهم يرددون من الأم أن تكرر كل وقتها لهم من الصباح حتى المساء ، فهؤلاء الأطفال لم يتعودوا الإحباط والفشل في حياتهم ، وعندما ينتقلون إلى عالم الواقع يصطدمون بعواقب كثيرة مما يترتب على ذلك التعرض إلى الاضطراب النفسي وسوء التوافق .

كما أن حرمان الآباء وتسويعهم لدرجة أن كلمة « لا » تكون دائماً على لسانهم ، بالإضافة إلى أنهم يطلبون من أبنائهم ماعمال صعبة تفوق طاقتهم مما يجعلهم يشعرون بالعجز والقصور ويوقعهم في الاضطراب النفسي ويؤدي إلى سوء توافقهم .

زد على ذلك أنَّ طموح الآباء الزائد وشعورهم بالصيق عندما لا يستطيع
أبناؤهم أن يحققوا ما يصبون إليه يتج عنه أن يُصاب الأبناء بنوع منבלالة
العاطفية ، ويحدث لديهم رغبة في المقاومة السلبية . وكلما زاد الآباء دفعاً لأبنائهم
كلما تقاعس الأبناء وزادوا من رغبتهم في التخلف . ودفع الطفل إلى عمل من
الأعمال دون مراعاة لقدراته وإمكاناته يعرضه للمشاكل مما يؤدي بالطفل إلى الشعور
بالنقص ويعرضه للاضطراب النفسي وسوء التوافق .

الفصل الرابع :

اهم الامراض النفسية عند الأطفال

... مقدمة

أولاً : الفلق .

ثانياً : الحوف .

ثالثاً : عصاب الوسواس القهري .

رابعاً : فصام الطفولة .

خامساً : الاكتئاب .

سادساً : الاستجابات المستيرية .

الفصل الرابع

أهم الأمراض النفسية عند الأطفال

— مقدمة :

تُعتبر الأمراض النفسية مجموعة من الاضطرابات المرضية الشاذة التي لا يكون لها أسباب عضوية واضحة وإنما تُعتبر مظاهر خارجية لحالات التوتر والصراع النفسي الداخلي والتي تؤدي إلى اختلال جزئي في الشخصية بحيث يكون المريض بها لا يزال متصلاً بالحيلة الواقعية (بركات ، ٢٩٧٨ ، ص ٨١٧) . وقد دلت بعض الدراسات (Keat, D.B 1974) أن حوالي ١٠ ٪ من الأطفال في الولايات المتحدة يعانون من مشكلاتٍ جدية من عدم الشعور بالأمن على نحوٍ يؤثر في فاعليتهم. ويشمل هذا النوع من السلوك حالات القلق ، والخوف وانخفاض اعتبار الذات ، والاكتئاب وإيذاء الذات ، والحساسية الزائدة للنقد ، والحجل والقهرية . . . ، وفي الوقت نفسه تبقى شخصية الفرد متساكنة متكاملة بحيث يكون الفرد قادراً على استبصار حالته ، والتحكم في سلوكه إلى حدٍ كبير ، كما يظل أيضاً قادراً على تحمل مسؤولياته والقيام بواجباته كمواطن .

هذا وقد تعددت تفسيرات الأمراض النفسية ، فمنهم من رد هذه الأمراض إلى الوراثة باعتبار أن لها الدور الأساسي في نشأة الاضطرابات النفسية وأبدوا وجهة نظرهم هذه بأن نسبة انتشار الاضطرابات النفسية بين التوائم المتشابهة أكبر منها لدى التوائم الأخوة .

كما أن البعض رد هذه الأمراض إلى العوامل البيئية ، ويرى «أدولف ماير» Adolf Mayer أن مستويات الطموح غير الواقعية وعدم تقبل الذات عاملان أساسيان للاضطرابات النفسية . ويرى النسيج الوجودي أن الخبرات الدائية للفرد وخبراته بعالمه وبالنس حوله من العوامل في نشأة الاضطرابات النفسية .

كما أن علاقة الطفل بوالديه هي السبب في ظهور الأمراض النفسية عند الطفل ، خاصة إذا لم يتوفر له في الأسرة الحب والمعطف والأمن والأمان والاستقرار . وهناك الاتجاه الذي يأخذ بدور كل من عاملي الوراثة والبيئة في نشأة الأمراض النفسية والذي يتبناه علماء المدرسة السلوكية أمثال « جوزف وولبي وآيزنك ورحمان » إذ يرى آيزنك أن الأمراض النفسية تنشأ من تكوين أفعال معكسة خاطئة بتأثير تفاعل عامل الوراثة والبيئة ، وأن هذه الأمراض ما هي إلا أنماط من السلوك تعلمناها لتخفف من آلام القلق في ظروف خاصة .

هذا وقد تمتدحت طرق العلاج النفسي لهذه الأمراض النفسية بتمدد وجهات النظر التي تفسر هذه الأمراض . وسوف نتعرف فيما يلي على أهم هذه الأمراض وأكثرها شيوعاً وانتشاراً عند الأطفال وهي :

أولاً : القلق Anxiety :

طبيعة القلق ومظاهره :

يظهر القلق حينها يواجه الفرد بالفجوة بين ما هو عليه وما يتحق أن يكون عليه . ويمثل القلق حالة توقع للخوف ، ومن الشعور بعدم الارتياح والاضطرابات والهم المتعلق بالمستقبل ، فالقلق عند الطفل يبدأ بتجربة واقعية كحالة القلق لا يستطيع تفاديا . وقد يستطيع هذا الطفل تحمل الألم والضيق الناتج عن تجربة القلق إذا كانت حالة مؤقتة وستزول . فالأطفال في سن الثالثة من العمر يظهرون شعوراً بالقلق تجاه الأذى الجسدي ، أو فقدان حب الوالدين أو الاختلاف عن الآخرين . كما أن مشاعر القلق المتعلقة بأخطار متصلة من الأمور الشائعة في مرحلة الطفولة المبكرة ، ويبلغ أوجه لها بين عمر سنتين وست سنوات ، عندما يفكر الطفل بخطير حقيقي أو متخيل ، ومن الأعراض التي نلاحظها عند الطفل القلق : التهييج ، البكاء ، الصراخ ، وسرعة الحركة ، والوساوس ، والأرق ، والأحلام المزعجة ، وفقدان الشهية للطعام ، والتعرق ، والغثبان ، وصعوبات التنفس ، والتقلصات اللاإرادية (شيفر وآخرون ، ١٩٨٩) .

ففي كل مرحلة من مراحل نمو الطفل تظهر لديه حاجات خاصة ، إذا لم يتم إشباعها ينتج عنها القلق . من هذه الحاجات الحاجة إلى الطعام ، وهي حاجة

عضوية فيولوجية نفسية لمدة ١٥ عاماً، كما يدخل الطفل فيها بين عمر عام وثلاثة أعوام في نوع جديد من التفاعل مع الكبار ، وبعد أن يتعلم ما هو مرغوب ومقبول يبدأ في ضبط سلوكه وتنويعه قوة الضمير . وتظهر عنده حالات القلق عندما يواجه مواقف تصارع فيها نزعت الخير مع الشر والصواب مع الخطأ .

آثار القلق :

أ- القلق والتحصيل الدراسي :

يُعد القلق في صورته البسيطة بمثابة الدافع للإنجاز والتحصيل ، ولكنه عندما يشتد يكون له أثر سلبي بالنسبة إلى هذا التحصيل .

ويرى سوليفان Sullivan (١٩٥٣) ، أن القلق في أي من بعد عاملاً معوقاً في التنظيم ، كما وجد « مكائد ليس وكاستادا » (١٩٥٦) أن القلق يهبط من الوظائف العقلية للطفل وكذلك من قدرته على الانتباه ، وأن جهوده تتحول نحو مواجهة مشكلاته بحيث يجد نفسه قاصراً عن التعامل مع واجباته الأخرى بنجاح .

كما بينت دراسات أخرى وجود ارتباطات سالبة بين القلق والذكاء والتحصيل الدراسي والتي تزايدت في المدرسة الابتدائية Sarason & Zimbardo (١٩٦٤ م) . كما بينت الدراسة التجريبية التي قام بها Cotler (١٩٦٩ م) على تلاميذ الصف الرابع حتى السادس الابتدائي أن الأطفال الأكثر قلقاً يقرأون ببطء وبطريقة غير صحيحة بالمقارنة مع غيرهم من الأطفال غير القلقين فيما يتعلق بالقراءة الشفهية . وهذا يدل على أن الأداء الشفهي « التسميح والقراءة الشفهية » تحدث اضطراباً إنفعالياً لدى الأطفال الأكثر قلقاً بسبب الضغط الناتج عن ذلك .

وقد دلت الدراسات أيضاً أنه يوجد ارتباط موجب بين الدرجات العالية في التحصيل الدراسي والقلق المنخفض ، كما يتصف الأفراد ذوو القلق المرتفع بالميل إلى العزلة والانطواء ، بالمقارنة مع الأفراد ذوي القلق المنخفض الذين يتميزون بالميل إلى الاجتماع والاشتراك في الأنشطة المختلفة .

فالقلق في صورته الشديدة يكون له أثر سلبي في تحصيل التلاميذ في

مراحل التعليم المختلفة ويكون ذلك واضحاً أكثر عند الإناث منه عند الذكور ، ويمكن أن يرد ذلك إلى الحساسية الإنفعالية الزائدة التي تتميز بها الإناث من الذكور .

ب - القلق والتكيف :

من خلال الدراسات الميدانية تبين أن الأطفال الأكثر قلقاً قد رتبهم المدرسون على أنهم أقل قدرة على التكيف من زملائهم ، والذي يظهر من خلال عدم الاستقرار والضعف في الانتباه وعدم الرغبة في الجلوس بشكل هادئ داخل حجرة الصف (المصل) ، ويذكر المحللون النفسيون أن الأولاد والبنت يتعاملون داخل القلق بصورة مختلفة .

فالبنات يوجهن ميكنزمت دفاعهن نحو الذات ، على شكل أحلام بقطعة ، في حين أن الأولاد يوجهون دفاعاتهم نحو أشخاص آخرين أو موضوعات أخرى والتي يمكن أن تظهر على شكل مقاومة وعصيان (منصور ، ١٩٨١ م) .

ج - القلق ومفهوم الذات :

أكدت الدراسات على وجود علاقة بين مفهوم الذات والقلق ، فالأطفال ذوي مفهوم الذات الموجب يكونون أقل قلقاً من الأطفال ذوي مفهوم الذات السالب . ففي دراسة قام بها ليبزيت Lipsett (١٩٥٨ م) على ٣٠٠ طفل في الصف الرابع والخامس والسادس الابتدائي من الذكور والإناث وجد أن الأطفال ذوي مفهوم الذات الموجب أقل قلقاً سواء بالنسبة إلى الذكور والإناث ، وتوصل إلى أن العلاقة بين مفهوم الذات والقلق ذات دلالة إحصائية هامة . كما دلت الدراسات وخاصة دراسة (Horowitz ، ١٩٦٢) التي أجريت على هيئة من الأطفال من الصف الرابع حتى السادس الابتدائي : أن الطفل الذي يعاني من القلق يميل إلى أن يكون مفهومه عن ذاته ضعيفاً .

أسباب القلق عند الأطفال :

أ - أسباب وراثية وفسولوجية :

تلعب العوامل الوراثية دوراً في نشوء القلق ، حيث يولد الطفل مزوداً باستعداد علم للقلق ، فقد دلت الدراسات على وجود تشابه في الجهاز العصبي

الإرادي والاستجابة للمنهات الخارجية والداعية لدى التوائم « التوائم القلق » .
كما أوضحت دراسة العائلات أن ١٥ ٪ من آباء وأخوة مرضى القلق يعانون من
المرض نفسه . كما وجد سليتر وشيلنز (١٩٦٣ ، ١٩٦٦ م) أن نسبة القلق بين
التوائم المتشابهة تصل إلى ٥٠ ٪ أما لدى التوائم غير المتشابهة فتصل إلى ٤ ٪
فقط .

بالإضافة إلى ذلك فإن عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة يعتبر أحد
أسباب نشوء القلق لديهم . كما أن الاضطرابات الهرمونية العصبية « هرمونات
السيروتونين ، والورادرينالين » تساهم في إحداث استجابة القلق .
أسباب نفسية :

تتمتع مصادر الأسباب النفسية المأدبة إلى القلق عند الأطفال كما تتمتع
التفسيرات القائمة على أسس نفسي والتي يبين حالات القلق عند الأطفال ،
« أوتوراك » (Otto Rank) يرى أن القلق ينشأ من صدمة الميلاد ، الناتجة
من انتقال الطفل من المكان الذي كان يتم فيه بالدفع والسعادة إلى عالم الكثرات
الخارجية المزعجة .

أما كارل هورني فترى أن القلق الأساسي في الطفولة ينشأ من كبت الطفل
لرغباته العدائية نحو والديه ، ويحبر عن ذلك بسرعة اعتراضه وعنايه وميله إلى
التخريب . أما « أريكسون » الذي يقيم نظريته على أسس نفسي اجتماعي فيرى
أن المصدر الأساسي لقلق الطفل هو إحساسه بعدم الثقة نظراً لما يتلقاه من مشيرات
مؤلة من ذلك العالم .

أما « مورر » Mowrer (١٩٥٠ م) فيرى أن القلق ناتج عن أفعال
لتركيها الإنسان فعلاً ولم يرض عنها .

القلق يمثل عدم شعور الطفل الداخلي بالأمن والذي ينتج أحياناً من النقد
المستمر من قبل الراشدين والزملاء والذي يؤدي إلى التوتر والاضطرابات .

فالقلق ينتج عن شعور الطفل بالذنب عندما يعتقد أنه تصرف على نحو
سيء ، ومن توقع العقاب نتيجة لهذا التصرف . كما أن الطفل الذي يكثر من
تأجيل واجباته يستفد طاقته بمشاعر القلق .

كما أن الإحباط الزائد للطفل يؤدي إلى مشاعر القلق منه ، ولا يتمكن الطفل هنا من التعبير عن غضبه بسبب اعتياده على الراشدين مما يؤدي إلى الشعور بالقلق . كما أن شعور الطفل بعدم القدرة على الوصول إلى كثير من أهدافه وتكوين فكرة عن نفسه بأنه لا يؤدي عمله بشكل جيد في المدرسة أو قد يشعر بأن علاقته مع الكبار أو الأصدقاء أو الأخوة ليست كما يجب ، أو قد يكون لديه شعور بالارتفاع في مستوى الأهداف أو تدني في مستوى تقسيم الذات مما يؤدي إلى شعور الطفل بالقلق .

وتنشأ لدى الطفل حلقة مفرغة تتكوّن من الشعور بالإحباط ، القلق ، التردد ، اليأس ، الاضطراب ، فالطفل الذي يعاني من القلق المزمن يصبح القلق عادة لديه ، وتراكم عليه دون أن يحل وهو يفكر :

« عندما تنتهي مشكلتي سوف يتوقف القلق » ، وبدلاً من أن يفعل شيئاً يحال المشكلة باستمرار بالتصكير فيها فيزداد شعوره بالتوتر والإحباط ويحس باليأس .

٣ - العوامل البيئية والاجتماعية :

كما سبق وأسلمنا من حديث ، فإن الأطفال الذين ينشأون في بيئة تشرهم بالحرمان والإحباط وعدم الأمن سيكونون أكثر استعداداً من غيرهم لإظهار استجابة القلق . فقد دلت الدراسات أن الآباء القلقين يكون أبنائهم قلقين ، حيث يتعلم الأطفال القلق من والديهم ، فالأم القلقة سرعان ما تدرك أن صغيرها يبدي إشارات القلق ، فكان الطفل يتناغم انفعالياً مع أمه .

فالقلق تثيره أنواع معينة من الاضطرابات الانفعالية في الشخص الذي يتفاعل معه الطفل .

ويرى سوليفان Sullivan (١٩٥٣) أن عقاب الوالدين وتأثيره وما يسببه من ألم للطفل من الأمور التي تساعد على نشأة القلق لدى الطفل .

كما أن الرعاية الوالدية والعلاقات التي تقوم بين الوالدين والطفل تشكل عاملاً هاماً في نمو القلق لدى الطفل ، فقد بين كاغان Kaagan (١٩٥٦ م) أن عدم وجود نموذج ذكري أبوي واضح يتطابق معه الطفل يمرق تطابق الدور الجنسي ويكون ذلك سبباً في نشأة القلق .

بالإضافة إلى ذلك يؤدي توقع الراسلين للكلام من قبل الطفل إلى ظهور استجابات القلق عنده نتيجة عدم الوصول إلى مستوى هذه التوقعات كون المعايير التي يرمسها الراسلون مرتفعة جداً والكبار لا يرضون عن أي شيء.

الوقاية والعلاج :

هناك عدة إجراءات لا بد من اتباعها في الوقاية والعلاج من القلق من ضمنها :

أ - العلاج الطبي : قبل البدء بإجراءات العلاج النفسي ، وفي حالات القلق الشديد عند الأطفال ، يمكن استخدام بعض المهدئات مثل الليبيريوم والفالسيوم ، أو إعطاء بعض العقاقير الخاصة بالهرمونات العصبية في مراكز الاتصال بالمخ مثل : أليناميد ، والفلاريلان . . . إلخ ، كما يمكن استخدام جهاز خاص لتدريب المريض على التحكم في بعض وظائف الجهاز العصبي المستقل (درجة الحرارة) ضغط الدم .

ب - العلاج النفسي . يقوم هذا النوع من العلاج على مجموعة من الإجراءات منها :

١ - العمل على تطوير قدرة الطفل على فهم ومواجهة المشكلات :

إن معرفة الطفل للعلاقة السببية بين الأحداث ، يمكن أن تقلل من القلق ، ويمكنه من اختيار أفضل الأساليب لحل المشكلات التي يواجهها ، فالقيام بالمعمل هو أفضل من التوتر والقلق .

ولذا لا بد من تعليم الطفل بأن عدم النجاح هو أفضل بكثير من عدم المحاولة ، ولأن الفشل والتوتر يمكن تحملها عندما يشعر الفرد بأنه قد بذل جهوده ، وتتكوّن الثقة لدى الطفل عندما يفهم كيف يتعامل مع المشكلات ويحلها ، فالتعامل مع التوتر هو نوع من المشكلات ، ويجب أن يتعلم الطفل كيفية تحليل موقف التوتر ، وأن يساعد في تحديد ما الذي ينبغي عمله .

فبعض المواقف تتطلب أسلوباً هادئاً وصبوراً ، وبعضها يتطلب سرعة في اتخاذ القرار ، وعلى الآباء تعليم أبنائهم كيفية التمييز بين المواقف المختلفة وكيفية

القيام بالعمل المناسب لطبيعة الموقف .

٢ - لا بد من تقبلُ الطفل وإعطائه شعوراً بالأمن والطمأنينة :

لا بد للآباء من أن يهتموا ببناء أساس من الشعور بالأمن عند الطفل منذ طفولته المبكرة وإبعاده عن كل ما يخيفه ، وأن يحدوه الإبتعاد بعض الوقت عن المنزل بحيث يزداد هذا الوقت تدريجياً . ومن الضروري أيضاً تجنب الحدة في النقاش مع الطفل ، وأن يتم الحديث معه في مواقف بعيدة عن التوتر عندما يكون في وضع نفسي يشعر فيه بالأمن والاطمئنان .

ومن المستحسن أيضاً أن يتم تطمين الطفل من قبل الراشدين الذين يتصرفون بالهدوء والثبات الانفعالي ، وأن يذكر للطفل بأن هناك الكثير من المشاكل في الحياة والتي ينبغي أن يتم توقعها والتعامل معها ثم نسيانها ، لأن الالتصاق بالمشكلة والشعور بضرورة الوصول إلى حل كامل بشأنها يؤدي إلى الشعور بالقلق وقد يوصل إلى طريق مسدود .

٣- تشجيع الطفل عن الانفعالات :

إن التعبير عن الانفعالات من قبل الطفل يعمل كمضاد لحالات القلق التي يعاني منها ، لذلك يمكن عقد جلسات أو مناقشات أسرية يعبر فيها كل عضو عن مشاعره وأحاسيسه وخاوفه بحرية تامة مما يساعد على التفرغ الانفعالي للشحنات التي يعاني منها الفرد ويساعده على تحديد مشاعره نحوها وتصبح أقل تأثيراً في سلوكه . والمعب بالنسبة إلى الطفل من الوسائل الهامة التي يعبر من خلالها عن انفعالاته ويمكن اختيار ألعاب تتضمن أسئلة مفتوحة مثل : « كيف يشعر الأطفال عندما يكون المدرسون متشدين كثيراً ؟ أو ماذا يمكنك أن تفعل لو تخطفك شخص وأنت تتنظر دورك في صف ؟

٤ - تدريب الطفل على الاسترخاء :

لا بد في حالات القلق التي يشعر بها الأطفال أن يدرّبوا على القيام باستجابات الاسترخاء ، حيث يتعلمون كيف يتنفسون بعمق وإرخاء عضلاتهم بشكل تدريجي منظم ، فالتدريب على الاسترخاء هو مضاد للقلق .

ويعد أن يتعلم الطفل الاسترخاء ويتدرب عليه يمكن استخدام طريقة

الاسترخاء بالإشارة case controlled relaxation ، حيث يدرب الطفل على قول كلمة أو عبارة تساعد على الاسترخاء مثل (اهدأ ، واسترخ ، هون عليك) وبعد احتيار هذه الكلمة أو العبارة يمكن ترديدها في أثناء الاسترخاء .

ويمكن أن يتم الاسترخاء مع تخيل الطفل لمواقف مثيرة للقلق ، ويكون مفيداً في أثناء إعداد قائمة بأسباب القلق والتوتر وتستخدم كمصدر للمواقف المثيرة للقلق المراد تخيلها في أثناء الاسترخاء ، وعندما يتعلم هذه الخطوة يمكن للطفل أن يسترخي بنفسه عندما يواجه مواقف مثيرة تبعث على القلق .

• استخدام طرق أخرى في مواجهة القلق :

يمكن في أثناء الاسترخاء أن يتخيل الطفل بعض المشاهد السارة التي تبعث على الهدوء ويسمى هذا بالتخيل الإيجابي ، كما أن التنفس البطيء العميق من خلال الأنف من الطرق المفيدة في التغلب على القلق .

كما يمكن للطفل عندما يشعر بالقلق أن يقوم ببعض النشاطات مثل : قراءة كتاب أو قصة أو بصني إلى الموسيقى أو تصنع بعض الصور الفنية الجميلة ، أو يقوم بالرسم ، أو يتشغل بأي تدريب أو فعالية ممتعة . . . فالفعاليات الممتعة تشكل مضادات للقلق .

كما أن الاستحمام بالماء الدافئ يساعد في الاسترخاء ويخلص الطفل من مشاعر القلق ، ومن الطرق المساعدة الأخرى أن يعمل الفرد على إهمال ما يثير القلق ، كما أن التركيز في مشكلة معينة والتي تسبب القلق عند الطفل قد يكون فعالاً لأن التعامش مع المشكلة والتفكير فيها بعمق وبشكل متكرر يجنّد مشاعر الطفل الانفعالية تنموها ويجعلها أقل إثارة لمشاعر القلق عنده .

ثانياً : الخوف :

مقدمة :

تعتبر مرحلة الطفولة من أكثر المراحل التي يظهر فيها الخوف ، حيث يعتقد الكثير من علماء النفس أن الخوف وما يتصل به من حالات القلق والإضطراب النفسي يشكل جزءاً من الدوافع البشرية والتي تؤثر في علاقات الفرد بالآخرين.

فالخوف انفعال يتضمن حالة من حالات التوتر التي تدفع الشخص الخائف إلى الهروب من الموقف الذي أدى إلى استئثاره خوفاً حتى يزول التوتر . فالخوف يتضمن حالة من التوجس تدور حول خطر معين له وجود واقعي .

وتتميز مخاوف الأطفال بعدم الثبات ، وبالتضيق مع التقدم في العمر ، وقد تزول عند الطفل بعض المخاوف لتحل محلها مخاوف أخرى .

وتشير دراسة هورلوك Hurlock (١٩٨١) إلى أن المخاوف تُعتبر مكتسبة رغم تمايزها واختلافها من مرحلة لأخرى في الطفولة بعكس الاتجاه الذي ساد قديماً عند أرسطو وتلاميذه والذي يرى أن المخوف عند الأطفال حديثي الولادة فطري .

كما أظهرت الدراسات أيضاً أن شدة مخاوف الأطفال ترتبط بنوعية العلاقات المتبادلة بين الطفل وأسرته من جهة ، وبالواقف التي يشعر فيها بالتهديد وعدم الأمن والفشل من جهة أخرى (عبد الفتاح ، ١٩٩٢ ، عن Sanders ١٩٧٣) . ويؤكد روتر Rutter (١٩٨٠) أن هناك علاقة بين مخاوف الأطفال وصبرهم الزمني ، فالمخاوف التي يكتسبها الطفل في طفولته تغفل كامة لعدة سنوات ثم لا تلبث أن تكشف عن محتوياتها خلال مرحلة الطفولة المتأخرة وقبل البلوغ .

كما أظهرت دراسة عبد الفتاح (١٩٩٢) حل عين من الأطفال المصريين المتواجدين في دولة الإمارات العربية المتحدة أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٠١ بين الذكور والإناث في الخوف ، حيث وجد أن الخوف عند الإناث أعلى منه عند الذكور . وهذه الدراسة توافقت مع ما توصل إليه خيربي (١٩٩١) في وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مخاوف الأطفال الذكور والإناث ، فقد وجد أن الإناث أكثر خوفاً من الذكور بدرجة دالة إحصائية وذلك في دراسة قام بها على الأطفال اليمنيين .

وبالإضافة إلى تأثير مخاوف الأطفال بالجنس ، فإن الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسرة ، وترتيب الطفل الميلادي ، وذكاؤه عوامل هامة تؤثر أيضاً في مخاوف الأطفال .

وسوف نتحدث فيما يلي عن ثلاثة أنواع للمخاوف التي تظهر عند الأطفال وهي :

أ- الخوف الطبيعي :

وهو شعور أو إحساس الطفل بالخوف ، ويكون طبيعياً ويظهر كرد فعل لمؤثر « مثير » خارجي يتخذ الطفل لإزاحة أسلوباً وقائياً أو دفاعياً . فمخاوف الأطفال هي مخاوف محسوسة والمقصود هنا المخاوف الحقيقية ، وأسبابها حقيقية وواقعية يمر عنها الطفل بسهولة ورووح . فهي حالة انفعالية تتبرها المواقف الخطرة أو المندرة بالخطر والتي يصعب على الطفل مواجهتها . ومن أمثلة مخاوف الأطفال الحقيقية الطبيعية : الخوف من الظلام ، والأصوات المرتفعة ، والمرض ، والوحوش ، والحيوانات ، والمرتفعات ، والغرياء ، والمواقف غير المألوفة والرهدة والأشباح . . . والمخاوف عند الأطفال تظهر بشكل أكبر لها بين سنتين وست سنوات من الحيوانات والعواصف والظلام والغرياء .

وإن حوالي ٥٠ ٪ من الأطفال تظهر لديهم مخاوف مشتركة من الكلاب والظلام والرهدة والأشباح .

كما بينت الدراسات أن مخاوف الأطفال تبلغ ذروتها في عمر سنتين وأربع سنوات وتقل هذه المخاوف في عمر خمس سنوات ثم تخفي في عمر تسع سنوات . وبناء على هذا فإن حوالي ٩٠ ٪ من الأطفال دون سن السادسة من العمر يظهر لديهم خوف محدد يزول بشكل طبيعي .

فالخوف الطبيعي عند الأطفال يساعد في الحفاظ على البقاء حيث يعتبر مصدر تنبيه إلى مصدر الخطر ويعد الجسم لحماية النفس والدفاع ضد الخطر . فهو ظاهرة طبيعية تؤدي وظيفة بيولوجية في حياة الإنسان .

فالاحلام في أغلب الأحيان تعكس مخاوف عند الطفل وإذا استمعنا إلى أحلام الأطفال فيمكن الكشف مبكراً عما يعانيه المطفل وما يتقيه وتعمل كراشدين على العمل لتخليص الطفل من هذه المخاوف . فالخوف عند الطفل يكون طبيعياً إذا كان من أشياء ضارة تدفعه إلى الحذر والحيلة من هذه الأشياء تجنباً لضررها .

ب- المخاوف المرضية :

ولكن هناك بعض المخاوف عند الأطفال لا يكون لها سبب حقيقي معروف ، وتكون شديدة ، وتستمر لفترة طويلة من أشياء أو مواقف أو أشخاص .. وهذه المخاوف ليس لها ما يبررها في الواقع وتسبب لصاحبها القلق والشعور بالعجز وظهور بعض الأعراض النفسية عليه مثل : القيء ، والإسهال ، والاضطراب في التنفس ، وسرعة ضربات القلب ، وارتفاع ضغط الدم ، والتبول اللاإرادي ، وتقلصات في الأحشاء الداخلية ، وغير ذلك من الأساليب التوافقية غير السوية .. ومن هذه المخاوف : الخوف من الظلام والأماكن المغلقة أو المرتفعة ، ومن الحيوانات والحشرات . ولهذا فلا بد أن تُعطى مثل هذه المخاوف المرضية اهتماماً شديداً من قبل الوالدين والعمل على معالجتها حتى لا تتطور وتسبب اضطراباً نفسياً شديداً عند الطفل وتستمر معه إلى سن الرشد .

ويرى سوين (١٩٧٩) أنَّ المخاوف المرضية شائعة بين الأطفال ، وتعد من بين أكثر الأعراض العصبية شيوعاً . كما يرى زهران (١٩٧٤) أنَّ المخاوف المرضية تمثل حوالي ٢٠ ٪ من عرضي العصب .

في حين يَنتُج إحدى الدراسات أنَّ الخوف من الكائنات الخرافية (الأشباح) وغير ذلك من كائنات خرافية يكون موجوداً لدى ٢٠ ٪ من الأطفال من سن خمس سنوات إلى ١١ سنة .

والجدير ذكره أنَّ الفرق بين الخوف والخوف المرضي ، هو فرق في درجة الخوف .. فالخوف المرضي يظهر على شكل خوف مبالغ فيه في مواقف كثيرة من أشياء لا تسبب الخوف لمعظم الأفراد في مثل سن الفرد الخائف ، أو يظهر خوفاً مبالغاً فيه من أشياء لا يخاف منها غيره . والمخاوف المرضية تكون عادة مرتبطة بمكانٍ معين أو إنسان أو أشياء وتستمر لعدة سنوات عند الشخص .

أما المخاوف العادية فهي انفعالات تثيرها المواقف الخطرة أو المنفرة بالخطر والتي يصعب على الفرد مواجهتها . فهي حالات يحسها الإنسان في حياته العادية حين يخاف مما ينبغي فعلاً .

كما تختلف المخاوف المرضية عن القلق بالرغم من أنَّها شكل من أشكال

القلق العصبي . فالقلق حبة اتعالية مؤلة وعبر محدة المصدر كما يصعب تجنبها ، وعندما يحاول تجنبها فهو يزيج هذا القلق أو يسطفه عل موضوع آخر خارجي (الطيب ، ١٩٧٧) .

ج - للمخاوف المدرسية :

يأتي الطلاب إلى المدرسة وهم بحاجة إلى المحبة ، والانتباه ، والاعتناء عل النفس والحياة الاجتماعية . ولكن هل تستطيع المدرسة أن تقوم بهذه المهمة ؟

يرى الطيب النفسي الألماني Lemp (١٩٧٠) أن الأطفال لا يصبون مرضى بسبب المدرسة ولكنهم يعانون منها دون شك ، فقد كان في السابق يأتي لعيادتي طفل من كل (١٢) طفلاً واليوم طفل من كل ثلاثة أطفال . ويرى آخر (بروفيسور في الصحة النفسية) أن من بين كل ألف طفل يراجعونه يكون نصفهم معاناً من مشاكل مدرسية مثل الرسوب ، الصداع ، آلام في البطن ، وقضم الأظافر ، والحركة الزائدة ، وتشوش الإدراك ، والاضطرابات السمعية والبصرية ، والاضطرابات اللغوية وغيرها والتي تزول في أثناء الإجازات المدرسية .

فقد ذكرت التقارير أن حوالى نصف مليون طالب يرسب سنوياً في ألمانيا الغربية ، وبعض حالات الرسوب قد تنتهي بالانتحار ، أو النكوص إلى عادات سلوكية طفلية في سن يكون قد تخلص من هذه العادات . بالإضافة إلى ذلك فإن حالة الذعر تسيطر عل الكثير من التلاميذ في أثناء فترة الاختبارات المدرسية مما يترتب عل المعالجين والمرشدين النفسيين مهمة كبيرة خلال هذه الفترة (عبد الرازق ، ١٩٨٧) .

ويرى شيلبرجر Spielberger (١٩٨٠) أن الأفراد الذين يُعانون درجة عالية من قلق الاختبار يدركون المواقف عل أنها مهددة للشخصية ، وهم في مواقف الامتحان خالاً ما يكونون متوترين ، وحائزين ، وفي حالة إثارة اتعالية مما يشتت انتباههم وتركيزهم في أثناء الامتحان .

كما أشار الطيب شيلبرجر (١٩٨٠) أيضاً إلى أن نسبة الإنث أعل من الذكور في مستوى قلق الاختبار .

كما أشارت دراسة آيزنك وراحمان Eysenck & Rachman (١٩٦٥) إلى

أن حوالي ٢٠ ٪ من طلاب المدارس يعانون من قلق الامتحان بدرجات متفاوتة .

كما دلت الدراسة التي قام بها بنيامين وآخرون Benjamin , et. al (١٩٨١) ، أن الطلاب الذين يعانون بشكل كبير من قلق الامتحان ينخفض مستوى أدائهم في الواجبات المنزلية ، ويصفقون مشكلات في تعلم المواد الدراسية ، وفي تحديد العناصر الهامة في نماذج القراءة .

وهذه النتائج تكون نتيجة لشعور الطالب بعدم الأمن ، والخوف غير المعاني مما يؤدي إلى ضعف في تركيزه ، وقلقه في أثناء النوم ، وتشوش في أثناء الدراسة مما يضعف الاعتماد للامتحان .

بالإضافة إلى ذلك فإن سلوك المدرس ينعكس على تلاميذ المدرسة . فالتلميذ غير المتوافق مع التلاميذ الآخرين في المدرسة يظهر مستوى تحصيلياً ضعيفاً نسبياً ، ويؤثر سلوكه سلباً في الفصل الدراسي . إذ كلما زاد الخوف من المدرسة انعكس ذلك على التوافق النفسي والاجتماعي للتلميذ ، فالخوف انفعال هروبي كما ترى ذلك جودنغ (Goodenough) .

الأسباب :

فيما يلي من حديث سوف نتعرف على الأسباب التي تؤدي إلى المخاوف المرضية بشكل خاص لأن أسباب المخوف الطبيعية عند الأطفال معروفة وواقعية ويمكن الكشف عنها بسهولة في حين أن الأسباب الكامنة وراء المخاوف تكون أكثر تعقيداً ولهذا نخصها بالذكر . وأهم هذه الأسباب ما يلي :

١ - الصدمات الانفعالية الشديدة والمؤلمة :

قد تكون مخاوف الأطفال ذات علاقة بموقف مؤلم غيب كان يذهب الطفل مع أمه أو أبيه إلى المستشفى ، ويشاهد هناك الطبيب يقوم بعمل يثير الألم الشديد عند الطفل أو يرى الدم يتدفق من طفل في المستشفى فيقوم الطبيب بخياطة الجرح والطفل يصرخ ويتألم .

وهذا المنتظر المؤلم والمفزع لدى الطفل الذي حضر مع والده إلى المستشفى بسبب له فيها بعد خولاً من رؤية الطبيب أو حتى مجرد سماع اسمه لأن مشاهدته ترتبط عند الطفل بموقف مؤلم .

كما أنَّ الخيرة الصاعدة في حالة الأطفال الصغار مع كلب ضال يمكن أن تؤدي إلى تعميم للخوف من جميع الكلاب وجميع الحيوانات ذات الفراء .

كما أنَّ خبرة الطفل في الحيام وانزلاق رجله في المله أو حرارة الصابون المعين تؤدي إلى غور الطفل من الحيام والخوف من الاغتسال نتيجة لهذه الخبرات للزلة .

٢ - تخويف الأطفال :

قد يلجأ الوالدان إلى أسلوب تخويف الأطفال إذا تضرع الطفل مثلاً من النوم بعد ذهابه للفراش فيلجأ الوالد أو الوالدة إلى تهديد الطفل بأنه سوف يحضر له أحد الحيوانات المفترسة أو أنَّ هذا الحيوان المفترس ينتظر خارج الباب وبأنه سوف يأكله إذا لم ينام . فكيف مثل هذا الطفل أن ينام نوماً هادئاً وهو مهدد بهجوم مثل هذا الحيوان عليه ؟ وكيف له أن يخرج خارج البيت والحيوان ينتظره ؟

كما يخاف الطفل من الكلب إذا خوفه والده منه ، أو قص عليه قصصاً عن الكلب المفترس ، وهكذا فإنَّ هذا الطفل الصغير يصدق هذا التهديد ، ويستجيب لأمه وهو يتألم من الخوف ، والذي يمكن أن يعممه على الحيوانات الأخرى المشابهة . ويبقى هذا التأثير إذا لم يعالج يؤثر في شخصيته حتى نهاية الحياة . لهذا فإنَّ حشو فمخ الطفل بمثل هذه الخرافات والأوهام وإرهابه بالحيوانات المفترسة والأشباح والشعوذة يجعله يقضي الكثير من وقته في التفكير في هذه الخرافات مما يبدد طاقته الذهنية في أمور لا جدوى منها .

٣ - التقليد :

يتعلم الأطفال الخوف في كثير من الأحيان عن طريق تقليد الكبار أو الأصدقاء أو الزملاء . وقد دلت الدراسات أنه يوجد لدى الطفل شديد الخوف واحد من الوالدين على الأقل مصاب بخوف شديدة . . فالأم التي تخاف من الحشرات والصراصير والرتفعات يصيبه ما أصابها من قلق أو خوف عند رؤيته مثل هذه الحشرات أو صعوده إلى تلك الارتفاعات . فالخوف انفعال يكتسبه الطفل من البيئة التي يعيش فيها تماماً مثلما يتعلم أخلاقه أو موبله أو اتجاهاته المختلفة (عريض ، ١٩٨٧) .

فالأطفال يكسبون مخاوف والذم عن طريق عمليات التقمص أو التعلم بالملاحظة .

كما يلجأ أحد الوالدين إلى رواية مخوفه ألام الأطفال أو أحدهم عن حيوانات معينة مما يتمكس على الطفل ويؤدي إلى شعوره بالخوف . . كما أن الآباء الذين يخافون من عدم مقدرتهم على مواجهة مؤثرات الحياة يسهمون في تطوير نظرة إلى العالم قائمة على الخوف لدى أطفالهم . فقد أقر أغلب المرضى المتقدمين في السن والذين يُعانون من مخاوف في تقريرهم أنهم عانوا من الخوف أثناء طفولتهم ، وغالباً ما كانت أمهاتهم يعانين من مخاوف في طفولتهن (عبد الرازق ، ١٩٨٧) .

ولهذا ، فإن مخاوف الأطفال التي يتم تعلمها من هذا الطريق تكون حل درجة خاصة من الثبات أو البقاء .

٤ - المشاهدات التي يراها الطفل من خلال التلفزيون والفيديو والكتب الهزلية :

تحتوي مشاهد التلفزيون وأفلام الفيديو والكتب الهزلية على جميع أشكال العنف ، والتأثير السلبي لثل هذه المشاهد يظهر على شكل مزيد من الخوف والعذوان لدى مشاهدي العنف .

لقد أظهرت الدراسات أن الأطفال الذين يشاهدون التلفزيون من تقع أعمارهم ما بين ٧ - ١١ سنة هم أكثر خوفاً من الأطفال من العمر نفسه والذين لا يشاهدون هذه البرامج .

فمشاهدة الطفل لفيلم مرعب فيه قتل وسفك دم وممارسة اعتداء ووحشية أو خطف أطفال يجعل الطفل يعتقد أن ما رآه في الفيلم الذي شاهده هو حقيقة وليس مجرد فيلم للتسلية ، وأن ما حدث للطفل أو للأطفال أو الكبار في الفيلم يمكن أن يحدث له .

ولهذا يصاب الطفل بالخوف ويرفض النوم وحده في الغرفة المظلمة خوفاً من أن يسه الأذى الذي شاهده في الفيلم ، لأن الطفل بعد مشاهدته لفيلم مزعج يبدأ بالاعتقاد بأنه سوف يُهاجم في غرفته بواسطة الشخص الذي في الفيلم .

٥ - الخوف المرضي :

قد يكون الخوف المرضي - من وجهة نظر فرويد - وسيلة هروبية لحماية الشخص من الإفصاح عن رغباته المكبوتة أو الاعتراف بحقيقة مشاعره . . .
فالخوف هنا عبارة عن وسيلة دفاع لحماية الفرد من رغبة لا شعورية مستهجنة جنسية أو عدوانية غالباً ، أو أنه يتعلق بكرو غير ظاهر أو رغبة دنيئة .

٦ - المخاوف :

تنشأ المخاوف - حسب رأي المدرسة السلوكية - عن طريق التعلم . فالطفل يتعلم الخوف عن طريق الربط بين شعوره بالخوف الشديد في بعض المواقف وبعض الأشياء أو الحيوانات أو الموضوعات ثم ينسى كيف تم هذا الربط . فتعلم الطفل (ألبرت) للخوف حسب ما ذكره (واطسن) والذي لم يكن يخاف من الفئران البيضاء ، علّمه واطسن الخوف منها بأن قدم له فأراً أبيض وقرع من خلفه قضيبين من الحديد فحاف الطفل من الصوت العالي الصادر عنها .

ويتكرر العملية ربط الطفل بين الفأر الأبيض والصوت المزعج مما أدى إلى تعلّم الطفل الخوف من الفأر الأبيض وعدم هذا الخوف حتى أنه أصبح يخاف من كل الحيوانات ذات الفراء الأبيض .

٧ - الأسباب الأسرية :

والظروف الأسرية المضطربة والتي يسودها التوتر والمشاحنات المستمرة بين الأبوين أو بين الأخوة أو بين الآباء والأبناء تؤدي إلى شعورهم بعدم الأمن . فالأطفال الذين لا يشعرون بالأمن يحسون أنهم أقل قدرة من غيرهم على مواجهة المخاوف ، وتتطور هذه المشاعر وتضخم عند الطفل لتصبح على شكل خوف مرضي .

بالإضافة إلى ذلك فإن أسلوب التربية المترتبة أو العطف الزائد وعدم المساواة بين الأطفال يمكن أن توجد الخوف عند الأطفال . . . وهذا الخوف يتطور لديهم ليصبح على شكل خوف مرضي وفقد الثقة بكل المحيطين .

كما أن توقعات الآباء البالغ منها من الأسباب التي تؤدي إلى ظهور الخوف

من القشل عند الأطفال ، فالآباء الذين ينزعون إلى الكمال الزائد كثيراً ما يُعاني أطفالهم من الخوف ، فهم لا يستطيعون تلبية متطلبات الوالدين ويتخافون من محاولة ذلك . بالإضافة إلى ذلك فإن نقد الأطفال الزائد يطور لدى الطفل شعوراً بالخوف بعدم القدرة على فعل الأشياء الصحيحة .

وهم يتوقعون دائماً الاستجابات السلبية مما يظهر لديهم الجبن والخنع . . . كما أن التهديد المتكرر بالتقييم السلمي يؤدي إلى نتيجة مشابهة . . فالتطفل الذي يُكرر توبيخه لتوسيع ملابسه تكون النتيجة أن الطفل يجاف من الانساخ لديه ، وقد يتمم هذا الخوف ليصبح خوفاً من الموضى أو عدم الانتظام .

الوقاية من المخاوف المرضية :

يعتق الكثير من علماء النفس على أن المخاوف المرضية عند الأطفال هي استجابات متعلمة ، والوقاية منها وعلاجها ميسوران ويكون ذلك بمساعدة الأطفال على حل صراعاتهم (عند علماء التحليل النفسي) وإزالة التعلم الخاطيء الذي واجهوه في البيت والمدرسة (عند السلوكيين وأصحاب نظرية التعلم الاجتماعي) .

وتتلخص أهم الطرق الوقائية من المخوف المرضية فيما يلي :

١ - عدم تخويف الأطفال وكذلك عدم استغلال مخاوفهم من السيطرة عليهم وضبط سلوكهم .

٢ - تبصير الأطفال بالأشياء المؤذية ، وتوضيح ما فيها من تهديد لحياتهم ، وبيان كيفية الحذر منها والبعد عنها ، حتى تكون استجاباتهم مناسبة لما فيها من أخطاء .

٣ - تشجيع الطفل على الاعتماد على نفسه ، وتحمل المسؤولية حتى يتعود على الجراحة والإنذار .

٤ - تدريب الآباء والأمهات أنفسهم على ضبط انفعالات الخوف عندهم لإخفاء مخاوفهم عن أطفالهم حتى لا يتعلموها بالملاحظة والتقليد . . . ولهذا فلا بد أن يكون الوالدان نموذجاً للهدوء والتنازل والاستجابة بشكل مناسب .

٥ - تقليل قلق الأمهات على أطفالهن لأنه كلما كانت الأم قلقة أو خائفة على

طعمها ، كلما قلق الطفل أيضاً وخاف على نفسه .

٦ - الإقلال من تعذيب الآباء لأبنائهم أو تأنيبهم أو تحقيرهم وإهانتهم أو ضربهم ، لأن مثل هذه التصرفات من الآباء تضعف في أبنائهم الثقة بالنفس ، وتجعلهم هياين جبناء ، يشعرون بالتهديد والخوف من أشياء ومواقف كثيرة .

٧ - إذا حدث ما يزعج الطفل ويخيفه فلا بد من مناقشته وتبصيره بالحادث بأسلوب يناسب فهمه وإدراكه ، ومساعدته على حل الصراعات التي قد تنشأ مثل هذه المواقف .

٨ - لا بد أن توجد رقابة علمية وتربوية على المطبوعات المحلية والمستوردة وكل ما يُذاع ويُنشر عبر الراديو والتلفزيون وأفلام الفيديو حتى نجنب أطفالنا من الأضرار النفسية (عرة ، وآخرون ، ١٩٨٤) .

علاج المخاوف المرضية :

إذا تأسل الخوف عند الطفل وأصبح خوفاً مرضياً ، فإن الحديث المباشر مع الطفل على أن ما يخاف منه لا يُسبب له أذى ، كما أن حدث الطفل على التغلب على مخاوفه وتحقيها لا يفيد كثيراً ، ولا بد من استخدام العلاج النفسي ولوائته في علاج المخاوف المرضية (القويا) ، وأكثر هذه الطرق استخداماً ما يلي :

أ - العلاج بالاستبصار : *Insight Therapy* :

وهو نوع من العلاج النفسي يقوم على الكشف عن صراعات الطفل وتبصيره بها ومساعدته على حلها وتنمية ثقته بنفسه ومن حوله ، وتعديل مفهومه عن ذاته وتعديل اتجاهاته نحو والده وأخوته وأصدقائه ومدرسته . . . بالإضافة إلى ذلك فلا بد من تبصير الوالدين والمدرسين وكل من له علاقة بمخاوف الطفل ضرورة المساهمة في علاج هذه المخاوف ، فعلاج المخاوف المرضية عند الأطفال يعتمد على تعاون المحيطين بالطفل إلى حد كبير .

ب - العلاج السلوكي : *Behavior Therapy* :

يهدف العلاج السلوكي إلى تعديل السلوك *Behavior Modification* ويتم

ذلك عن طريق تحديد السلوك المطلوب تعديله والظروف التي يحدث فيها ذلك السلوك وتعديل العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب ، ويحدث ذلك عن طريق إضعاف استجابات الخوف عند الطفل الذي يُعاني من المخاوف المرضية وتقوية استجابات عدم الخوف من الموضوعات التي تعلم الخوف منها ، وأهم طرق العلاج السلوكي المتبعة في علاج المخاوف المرضية ما يلي :

١ - خفض الحساسية المنظم للإحساس بالخوف .

الهدف من هذه الطريقة مساعدة الطفل الذي يُعاني من المخاوف المرضية ليصبح أقل حساسية تجاه الموضوعات المثيرة لهذه المخاوف ، ويتم ذلك عن طريق اقتراب الطفل تدريجياً من الأشياء التي يخافها سواء أكان ذلك في مواقف حقيقية أو عن طريق التلفزيون أو عن طريق التخيل . لذلك ينبغي عدم إجبار الأطفال على الترتيب على كلب يخافون منه ، فالطريقة المثلى هي ترك الأطفال يراقبون كلاباً يتم إطعامها من وراء النافذة ثم يُراقبون كلاباً في الغرفة نفسها ، ويقومون بإطعام الكلب بأنفسهم . فالتقدم التدريجي يؤدي إلى تزايد الشجاعة شيئاً فشيئاً . ومن الممكن أن نقرأ للطفل قصصاً عن الكلاب ، وأن نتاح لهم فرصة اللعب مع الجراء الصغيرة بدلاً من اللجوء إلى أسلوب الإقناع فحسب ، مما يؤدي إلى تنصص المخاوف عند الطفل .

إن تقرب الطفل التدريجي من الموضوع المخيف وهو مسترخٍ وفي حالة نفسية طيبة يحمل الموقف المؤلم ممثلاً وغير مؤلم مما يغير استجابة الطفل وانتقاله من الخوف إلى الأمن والطمأنينة .

٢ - ملاحظة نماذج الشجاعة مع التشجيع المقرون بالشرح اللفظي :

وهذه الطريقة تساعد في تقليل الحساسية ، فالطفل من خلال الملاحظة يتعلم كيف يتعامل مع الأفراد غير الخائفين في المواقف المخيفة . فالملحظة تقع بعض الأطفال بأن ما يخافون منه هو في الواقع لا خطورة فيه ومثل ذلك : أن تعرض على الطفل أفلام كرتونية فيها الشيء الذي يخاف منه ، ويلاحظ أيضاً الأطفال الآخرين يشاهدونه وهم فرحون مسرورون . . . فيقوم الطفل بتقليدهم في سلوك الشجاعة هذا ويتخل عن مخاوفه ويجعله يقبل على الموضوع المخيف بارتياح شأنه شأن غيره من الأطفال ، ومن المفضل في هذه الطريقة المزوجة بين

الشرح اللفظي وتشجيع الطفل مادياً أو جسمياً على مواجهة الموقف المخيف بالتدريج وذلك بوجود الوالدين . وهذا من شأنه أن يساهم في تهدئة الطفل .

فكليات الشرح اللطيفة من قبل الوالدين تُعتبر إثارة للطفل من أجل كُفِّ استجابة الخوف لتعلم استجاباتٍ أخرى أكثر نصجاً .

٣ - الاسترخاء :

إنَّ استرخاء عضلات الطفل الخَوَافَ بمارض ظهور الشعور بالخوف عنه (إشراط مضاد) . فالاسترخاء يساعد الطفل على التركيز الإيجابي ، فالخوف من الظلام مثلاً يمكن أن يُصَادَ عن طريق الاسترخاء التام ، ويتم تدريب الطفل على فعالية الاسترخاء وهو في سريه أولاً ، ليستطيع استخدامه في المواقف المثيرة للخوف ، حيث يتمكن من الاسترخاء لمجرد الإثارة أو كلمة بسيطة مثل (استرخ) ، كما يمكن تدريب الطفل على الاسترخاء بفاعلية في أثناء وجوده في حمام دافئ مما يحسبه طريقة للتغلب على الخوف عندما يلجأ إلى النوم فيقوم بإرخاء عضلاته ويتخيل نفسه في حمام دافئ .

ويمكن استخدام الاسترخاء مع خفض الحساسية التدريجي من الموضوع المخيف للطفل بحيث يتم وصف مشاهد تزداد في قوة إحسانتها للطفل شيئاً فشيئاً ، ويقوم الطفل بالاسترخاء في كل مرة يشعر فيها بالخوف من المشهد الذي يتم وصفه ، كما يمكن استخدام طريقة التأمل لتهدئة الطفل من طريق التنفس ببطء وانتظام وبشاعٍ مع العد ببطء أيضاً ، ومن المفضل أن يتعلم الطفل التأمل بعد أن يتمكن من الاسترخاء العضلي التام .

٤ - الإيحاء الذاتي :

إنَّ تعليم الطفل كيفية الإيحاء الذاتي (التحدث مع الذات) بشكلٍ صامت يمكن أن يحسِّن من مشاعره نحو الموضوع المخيف .

فالتفكير بالأشياء المخيفة يجعلها تبدو أكثر خوفاً ، في حين أن التفكير بالإيجابية تؤدي إلى سلوك أهدأ . ومثال ذلك : « أستطيع أن أواجه ذلك » ، « إنني أصبح أكثر شجاعة ، أزيمة وقرة » ، « كل شيء سيكون على ما يرام » ، « أنا صغير » ، « إنها مجرد تحديات » ، « الوحوش لا توجد إلا في الأفلام وبعيداً عن

الناس ، ، « الرعد لا يمكن أن يؤذي » .

كما يمكن تدريب الأطفال على كيفية إيقاظ أنكارهم للخيفة بمجرد قول (توقف) ويعدوا يقولون لأنفسهم عبارات إيجابية مضادة .

ثالثاً : عصاب الوسواس القهري

: Obsessive Compulsive Neurosis

مفهوم عصاب الوسواس القهري ومظاهره :

يتطلب عصاب الوسواس القهري « نمواً عقلياً معيناً » ولهذا فإن هذا النوع من العصابات لا يحدث في الطفولة المبكرة ، بعكس حالات القلق والخوف التي يمكن أن تظهر بشكل واضح خلال هذه المرحلة . فالأطفال في الأعمار بين سنتين وسبع سنوات يقومون بأداء الألعاب أو تكرار الأقوال أو إجراء الطقوس بطريقة جامدة ، وفي عمر ١٢ سنة يأخذ الاتجاه المطلق بالتحول التدريجي إلى السلبية . وبالاكتفاء على خبرات التعلم والذكاء يصبح الأطفال أكثر مرونة ويفهمون أن القواعد ليست شيئاً مطلقاً وإنما هي معايير متفق عليها .

والوسواس القهري عند الطفل أكثر ظهوراً في عمر ٨ - ١٠ سنوات وما فوق ، وأكثر تأثيراً في الفرد في مرحلة البلوغ والمراهقة .

ويذكر منصور (١٩٨١) أن أكثر من نصف حالات الوسواس القهري توجد عند من تقل أعمارهم عن عشرين عاماً ، كما أن ٢٠ ٪ من هذه الحالات توجد بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمسة عشر عاماً . كما أن كثيراً من حالات عصاب الوسواس القهري تظهر فجأة ، ويعمل في تعجيلها ظهور حادث جديدة في حياة الفرد ويظهر عند الذكور أكثر من الإناث ، ويظهر عصاب الوسواس القهري على شكل سلوك حركي أو فكري مستمر أو دوري يضمن وجود أفكار أو اندفاعات أو مخاوف مع يقين الفرد بتفاهة هذه الوسواس ، وعدم معقوليتها ، وأنها لا تستحق الاهتمام ، ومحاولة الفرد مقاومتها والتخلص منها مما يترتب عليه الشعور بالحجز الاجتماعي والألم النفسي .

كما يعاني المصاب من صراع دائم يصاب بعملية تفكيره ، ويقابليته للإيماء فيما يتعلق بصحته نتيجة لما يعاني من إحباط ناتج عن أفعاله وقلقه وهوموه

المتسمة . وقد قسّم العالم الألماني « أشتيكل » الوسواس القهري إلى ثلاثة أنواع : تسلط أفكار ، وتسلط أفعال ، وتسلط أفكار وأفعال .

ولعل ما يميز الوسواس القهري عند المعادين عنه عند المرضى أنه لا يمتد عند المعادين لفترة طويلة ، ولا يؤثر في سلامة التفكير بشكل كبير ، ومن السهل أن يزول مع الزمن والانشغال بأفعال أخرى . أما الوسواس القهري للمرضي فيتحكم تماماً في الوظائف الشجوية ، ويلج على الفرد بصفة مستمرة ، مجبراً إياه على التفكير والاعتقاد والعمل بطريقة معينة ، قد تستحوذ على الفرد دون أن يستطيع مقاومتها ، مثل الإكثار من غسل اليدين ، أو تبديل الملابس أو تفقد الكتب ، أكثر من مرة قبل أن يخلد المنزل ودون مبرر لذلك . والجدير بالذكر فإن الكثير من ألعاب الأطفال يكون لها طابع قهري ، لطالب المدرسة الذي يعد درجات السلم في أثناء هبوطه أو تسلقه ، وكذلك الذي يفلت الحجر بقلبه عند عودته من المدرسة إلى المنزل وكذلك عند ذهابه ، لو سهر خطوة على الرصيف وخطوة على الأرض وهو يعلم تفاعله هذه الأفعال دون أن يستطيع التوقف عنها . والحقيقة فإن السلوك القهري أو الكيالية البسيطة ، إذا أحسن استخدامها ، يمكن أن تكون هوناً أكيداً للطفل .

فالطفل يمكن أن يسبح في إنجاز الكثير وكافاً من قبل الآخرين ، وينظر الكثير من الآباء والمعلمين إلى الكيالية والترتيب كفضائل ، ولا يعملون على تعديل مثل هذه السبلات . ولهذا يكون على الراشدين أن يوجهوا لدى الطفل نوعاً من التوازن بين الحرص على الضوابط والكيال ، وبين البقاء كشخص مرن ، سهل التعامل مما يسمح له بالتكيف مع الصعوبات التي يواجهها .

أسباب الوسواس القهري :

يُعتبر عصاب الوسواس القهري من أقل الاضطرابات النفسية شيوعاً ، فنسبته مثلاً ٢,٦ ٪ من بين المترددين على عيادة الطب النفسي بمستشفى جامعة عين شمس بالقاهرة (عُنكاشة ، ١٩٧٦) . وبالرغم من ذلك فإن له أسباباً منها :

١ - الأسباب الوراثية والقيسولوجية :

يلعب العامل الوراثي دوراً هاماً في نشأة الوسواس القهري ، حيث وجد أن آباء الأولاد المرضى بالوسواس يعانون من المرض نفسه وكذلك خمس الأخوة والأخوات (حكاشة ، ١٩٧٦) . ويرى أنتوني Anthony (١٩٦٧) ، أن أكثر من نصف آباء الأطفال المصابين بعصاب الوسواس القهري هم أنفسهم مصابون به ، مما يشير إلى وجود عملية تقليد من الطفل لهذا النوع من السلوك العصبي ، فالعصاب بوسواس قهري كثيراً ما يوجد في أسرة يتكرر فيها هذا العصاب (منصور ، ١٩٨١) .

وتشير الدراسات إلى أن للعامل القيسولوجي دوراً في وجود عصاب الوسواس القهري . فقد تبين أن هذا العصاب يصيب الأطفال الذين لم يكتمل عندهم نضج الجهاز العصبي بعد ، كما ظهر لديهم أيضاً وجود اضطراب في رسم المخ الكهربائي . بالإضافة إلى ذلك فقد ذهب البعض إلى أن الوسواس القهري ناتج عن وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء الدماغ ، وهذه البؤرة تسبب حسب مكانها في اللحاء فكرة أو حركة أو اندفاعاً .

٢ - الأسباب النفسية :

للشدات والضغط النفسي التي يواجهها الفرد دور في تحريك القلق والاشتباك إلى وسواس تدور حول المشكلات الجسمية التي يعاني منها الفرد ، وتصبح بمثابة واجهة نفسية للتكيف اللاشعوري .

فالطفل في هذه الحالة يتجنب المصدر الحقيقي لعدم الارتياح بإسجاز سلوك آمن « من وجهة نظره » . فالصراعات والصعوبات الحقيقية عند الطفل لا تواجهه ولا تحل ويتم الانشغال عنها بالسلوك الوسواسي القهري . فأي شعور قوي يمكن إخفاؤه وتحويله إلى سلوك وسواسي قهري . ولهذا يصبح السلوك النمطي لدى الطفل هو تجنب المشكلات وعدم حل الصراعات وعدم التعبير عن المشاعر بوضوح مما يجعل الطفل يتسم بالآلية ، فهو يعي بالتزاماته إلا أن علاقاته مع الآخرين يمزجها الدفء العاطفي والأخذ والعطاء بسهولة .

بالإضافة إلى ذلك فإن الإحباط المستمر في المجتمع والتهديد المتواصل بالحرمان ، وفقدان الشعور بالأمن تؤدي إلى ظهور الوسواس القهري عند الفرد ،

حيث يظهر أعراض الوسواس عند الفرد وكأنه يتلمس الأس ويتجنب الخطر في النظام والتدقيق والنظافة وغير ذلك . بالإضافة إلى ذلك فإن الخوف ، وعدم الثقة بالنفس ، والكبت عوامل أساسية في ظهور الوسواس القهري عند الفرد .

فالخوف مثلاً يتم تخفيفه عن طريق الانشغال بسلوك يؤدي إلى تأجيل الحادث غير المرغوب ، فمن طريق هذا أو تنظيم الأشياء يؤخر الأطفال بعض المواقف الباهظة على التوتر سواء أكانت حقيقية أم متخيلة ، فقد يخاف الطفل أن يلحق به الأذى خارج البيت ، ولهذا فإنه يقضي وقتاً طويلاً وهو يكرر نشاطاً ما قبل مغادرته للبيت . فالسلوك الوسواسي القهري هو سلوك يستمر ذاتياً لأنه يؤدي إلى التخلص من التوتر بشكل مؤقت فقط ، ولهذا فلا بد من إعادة السلوك القهري ومحاولة الوصول إلى الكمال في كل مرة يعود الفلق من جديد . ولكن الطفل يشك بصحة هذا السلوك الذي يقوم به فيصبح قلقاً ويجد بأن عليه تكرار السلوك من جديد وهكذا . . . فالأطفال غير الأمنين والمترددين يشعرون بحاجة قوية إلى التنظيم والترتيب كي يخفصوا من قلقهم وتوترهم .

ويعتقد أصحاب المدرسة السلوكية أن الوسواس القهري يظهر مثلاً شرطياً للقلق نتيجة ارتباطه بمثير غير شرطي مثير لهذا الفلق . فالسلوك القهري يتكون عندما يكتشف الفرد أن سلوكاً معيناً يخفف الفلق المرتبط بالفكر الوسواسي ، وتخفيف الفلق يبرز هذا السلوك القهري ويثبت ويصبح نمطاً سلوكياً متعلماً (زهران ، ١٩٧٨) . أما أصحاب مدرسة التحليل النفسي فيرجعون هذا العُصب إلى المرحلة الشرجية في تكوين شخصية الفرد و المرحلة الثانية من مراحل النمو النفسي الجنسي للفرد ، وقسوة رقابة الأنا الأهل للفرد مما يكون عنده وسواساً وشكاً في عدم قدرته على التحكم في تصرفاته ومراقبتها .

كما يرى فرويد أيضاً أن بعض حالات الوسواس والقهر ترجع إلى خبرة جنسية مثلية سلبية تكبت وتظهر فيما بعد معبراً عنها بأفكار تسلطية وسلوك قهري يظهر السلوك الوسواسي القهري بشكل رمزي ، يسعى فيه المصاب لاشحوراً إلى حجب ذاته ، ويكون السلوك القهري بمثابة تكفير رمزي وراحة للضمير . مثلاً ، عندما يلجأ الفرد إلى غسل يديه عدة مرات تعبير رمزي عن غسل النفس ونظفها من الإثم المتصل بخطيئة أو خبرة مكبوتة .

٣- الأسباب الاجتماعية :

يظهر عصاب الوسواس القهري على شكل تقليد للوالدين أو الكبار المرضى بالوسواس القهري .

كما أن أساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة ، والتربية المترمة والصارمة والتي تقوم على الأمر والنهي والقمع للسلوك والمقابب المتكررة ، والتدريب الخاطيء والمتشدد على النظافة والإخراج في مرحلة الطفولة يمكن أن تؤدي إلى ظهور أعراض عصاب الوسواس القهري عند الطفل .

بالإضافة إلى ذلك فإن توقعات الوالدين المتشددة من الأطفال يمكن أن تسهم في ظهور سلوك الوسواس القهري عندهم . فالآباء المتشددون هم أنفسهم جامدون وكهاليون قليلو الاحتمال لجوانب الضعف وعدم الاتساق لدى الطفل ، وقد يكونون معزولين اجتماعياً ، وعرضون على التأكيد الشديد على صواب التعامل وعلى النظافة .

فكثيراً ما يسمع الطفل من والده أو والدته عبارات مثل : « إنني أعرف أنك تستطيع ذلك ، لذلك لا تعطي أية أعذار » ، فمثل هؤلاء الآباء ينقصهم التعاطف ، وهم غير قادرين على رؤية الأمور من وجهة نظر الطفل ، إنهم يقدمون نموذجاً للسلوك القهري ويعززون ، وعلاقاتهم بأطفالهم علاقة عكسية ، أو باردة أو عدوانية ، وهم يمثلون نموذجاً للكمالية الزائدة فبعض الأطفال يظهرن الطاعة مباشرة عن طريق القيام بالسلوك الكمالي المتوقع استجابة للأوامر المتشددين ، في حين أن بعض الأطفال يصبحون عدوانيين . والحقيقة ما إن يبدأ السلوك القهري بالظهور حتى يصبح في العادة متولداً ذاتياً (شيفر وآخرون ، ١٩٨٩) .

علاج الوسواس القهري :

أ- العلاج الطبي :

يمكن استخدام العلاج الطبي في حالة الوسواس القهري في حالة فشل العلاج النفسي والبيئي . وفي هذه الحالة يمكن تقديم بعض المقاربات المضادة للقلق والإكتئاب ، والأدوية المطمئنة الكبرى ومثال ذلك : عقار « الأنافرانيل » ،

وبعض المهدئات مثل القاليوم وذلك تحت إشراف طبي دقيق.

ب - العلاج النفسي :

يعاني الفرد المصاب بوسواس قهري من صراع وهو بحاجة إلى من يساعده ويأخذ بيده من أجل تركيز انتباهه وتفكيره في موضوع معين ، وإلى من يعينه في اتخاذ القرار لإنهاء ما يعانيه من صراع .

كما يمكن للمعالج النفسي أن يستثمر قابلية الفرد الوسواسي للإيجاء بهيئة الكثير من الأفعالات والاعتادات لديه

وبما أن السلوك الوسواسي القهري يرتبط بالشعور بالآمن « أو تجنب القلق » فمن الضروري إعادة إشراط الطفل بحيث لا يبقى السلوك القهري ضرورياً لتجنب القلق وبمدها يصبح الطفل قادراً على التصرف بدون قهر وطقوس كإجابة وهو يشعر بالارتياح في الوقت نفسه .

فالمتخصص التدريجي للأطفال الذين يعانون من عصاب الوسواس القهري يكون مفيداً حيث يتم تعليم الطفل على الاسترخاء مع تقليل حساسيته تجاه الأشياء المتعلقة بتعرضه لتلك الأشياء تدريجياً مبتدئين بأبسط المواقف المقلقة ومتتبعين بأعقدها ويكون ذلك عن طريق الاسترخاء مع تحييل الطفل للمشاهد المثيرة للقلق ، مما يجعله أقل حساسية تجاه أداء الطقوس الوسواسية ، ويتمكن تدريجياً من أن يتصرف بحرية . فبعض الأطفال يشعرون بأن عليهم أن يرتبوا الأشياء بدقة وإلا شعروا بالقلق والاضطراب ، وعندما يكون هؤلاء الأطفال مسترخين نطلب منهم أن يتخيلوا بأنهم تركوا غرفهم دون ترتيب ، ففهم يتصورون أنهم غادروا الغرفة ويتعلمون أن بوسمهم الشعور بقلق بسيط دون أن يسيطر عليهم ، وفي كل يوم يمكن تكرار تصور المشهد نفسه حتى يتم تحييل المشهد دون شعور بالقلق ، ثم يطلب منهم ترك غرفتهم بدون ترتيب دون أن يكون لديهم أي شعور بالقلق .

بالإضافة إلى ذلك يمكن أن يعيد تشتت انتباه الطفل الذي يعاني من وسواس قهري إلى لعبة أو نشاط يصرف انتباهه به عن الاستمرار في السلوك القهري الممتد . والمخف من ذلك هو أن يقوم الطفل بتني ذاته عن الانشغال في السلوك الوسواسي القهري .

كما أن التصحيح الزائد هو شكل من أشكال إعادة الإشراف ، ويشمل في إظهار السلوك المشكل بشكل زائد ، فلكي يتم التغلب على العادة غير الضرورية يطلب من الطفل أن يقوم طوعاً بشكرو السلوك القهري ، وفي بعض الأحيان قد تستخدم المكافأة أو العقوبة للتأكد من إطاعة الطفل .

فعندما يبدأ الأطفال بصف الأشياء أو اللمس أو الحو . . . الخ .

يطلب منهم التوقف وأداء تمرينات بأيديهم وأذرعهم لمدة خمس دقائق ، مثلاً يمكن أن يرضوا أذرعهم فوق رؤوسهم ثم يلمسوا أكتافهم ، ثم يضعوا أيديهم حل وسطهم ، ثم يلمسوا أكتافهم ، ثم يضعوا أيديهم فوق رؤوسهم . . . الخ . وبعد تكرار ذلك عدة مرات تبدأ المادام القهرية بالضعف في أغلب الأحوال (شيفر ، وميلمان ، ١٩٨٩) .

- ومن الطرق المفيدة في علاج السلوك الوسواسي القهري : استخدام الطفل سلوكاً بديلاً عن السلوك القهري تقل فيه الطقوسية تدريجياً بحيث يؤدي إلى التخلص التلقائي من جميع السلوك القهري . ويتم ذلك عن طريق الشرح للطفل وإقناعه بأن ما يقوم به من سلوك قهري ليس ضرورياً ، ولا بد من أنه العادة لاستبداله وعدم إضاعة الوقت بسلوك لا جدوى منه .

- وعندما يتصرف الطفل القهري بطريقة صحيحة بعيدة عن النمطية يتمتح ويكافأ لأن إعطاء الطفل بعض الامتيازات نتيجة تخليه عن بعض الأفعال الطقوسية أمر فعال .

وإن يتم الامتناع عن تشجيع الطقوس المختلفة في حالة ظهورها ، وإن يستخدم أسلوب وقف التعزيز حين ظهور السلوك القهري عند الطفل حيث لا يحصل الطفل على المكافأة لفترة معينة .

وليعاقب السلوك القهري لا بد أن يعتم وآلاً يقتصر على البيت بل يتم في مواقع أخرى في المدرسة وخارج المنزل . . . إلخ .

- ولا بد من تشجيع الطفل التعبير عن مشاعره للوقاية من تطور السلوك الوسواسي القهري عنده لعملية التعبير عن المشاعر من طريق القيام بنشاط جسمي في أثناء الغضب يشعر الطفل بالارتياح . مثلاً إذا قام الطفل بلصم دمية

مطالبة وهو يصبح « أني أكرهك » ، يمكن أن ينفس عن الطفل ويشعره بالارتياح .

العلاج الاجتماعي :

ينصح الفرد في حالة الإصابة بعصاب الوسواس القهري بتبديل مكان إقامته أو عمله ، خاصة إذا كانت الأفكار أو الأفعال الوسواسية متصلة بالمكان أو بالعمل .

وقد يكون هذا التعبير من شأنه أن يساعد في التقليل من آثار الوسواس القهرية .

وفي حالة الأطفال يمكن أن يكون العلاج باللعب أجدى الطرق التي يتم من خلالها التغلب على عصاب الوسواس القهري حيث أن اللعب يفيد في توسيع دائرة العلاقات الاجتماعية ويقضي على العزلة ويعلم الطفل كيف يتعامل مع الآخرين ويصرف انتباهه عن الفكرة التي تثير عنده هذه الأنواع من العصاب .

كما أن العلاج الأسري والعلاج بالتربية من الطرق الأخرى في العلاج الاجتماعي وتفيد في حالة عصاب الوسواس القهري .

رابعاً : فصام الطفولة Childhood Schizophrenia :

مفهوم فصام الطفولة ومظاهره :

يُعتبر فصام الطفولة حالة ذهانية تظهر بعد سن الخامسة ، حيث يكون الطفل العصامي قد عاش من سوء الصحة الجسمية منذ الميلاد ، مع شوبع مشكلات التنس والتمثل العذائي والمضغ . والطفل العصامي تصطب عنه الانجهاات الرمائية والمكانية ، ويكون مشوشاً وقلقاً بسبب البيئة التي يعيش فيها ، كما تحدث عنده هلاوس وهذات أحياناً ، بالإضافة إلى ظهور سلوك حركي غريب عنده قد يتضمن الدوران بالجسم حول محوره ، والمشي على أطراف الأصابع (أصابع القدمين) ، كما تحدث عنده اضطرابات في النوم ، والأكل والإخراج (سوين ، ١٩٨٨) .

فالتعكر المشتت هو السمة المميزة للعصامي ، حيث يلاحظ أن معظم

الأطفال اللعائنين مصابون بنقص حاد في النمو الأخرائي والعقلي والاجتماعي .

وقد بينت إحدى الدراسات التي أجريت في هذا المجال أن ٣١ ٪ من فصام الطفولة هو سلوك نكوصي وعلى درجة عالية من التوافق السيء ، وأن ١٨ ٪ كشفت عن فشل في تحقيق معدلات النمو الملائم في مرحلة سابقة ، و ٥٠ ٪ من الحالات بدت متخلفة خلال الشهور الأولى من الحياة .

كما أظهرت دراسة أخرى أن ٨٠ ٪ من الحالات لم يكن نموها عادياً للمرة ، بينما ظهر أن الباقي قد مر بعامين أو ثلاثة من النمو العادي .

هذا وقد شخصت أغلب حالات الفصام عند الأطفال ما بين ست و ٨ سنوات ومن الملاحظة .

ومن أبرز الخصائص لفصام الطفولة كما ذكرها (منصور ، ١٩٨١ ، ص ٣٢٢) ما يلي :

- النمو اللغوي غير الملائم .
- الكلام الغريب .
- العجز عن التعامل مع المواقف الجديدة .
- نقص في توحيد الشخصية .
- الانعزالية .
- الحركات التكرارية .
- السلبية .
- تبلد الإحساس .
- الاضطرابات الحركية .

ويعتبر العالم السويسري « يوجين بلولر » Bleuler أول من أدخل مصطلح الفصام (Schizophrenia) واستألف الانقسام العقلي ، وقسم الأعراض المرضية في الفصام إلى أعراض أساسية (جوهرية) وهي اضطراب التفكير المتميز بتفكك الروابط واضطراب الوجدان ، والذاتوية (autism) وثنائية المشاعر ، وأعراض مصاحبة وهي الهلاوس والضلالات . . .

وين « بلولر » أن تأثيرات البيئة الخارجية تلعب دوراً رئيسياً في تحديد

سلوك المضطرب . وقد أكد « ماير » Meyer مفهوم بلويلر الأسامي للفصام وضمته أيضاً تاريخ حياة الفرد ، ووجد أنه من الضروري دراسة الفرد منذ بداية حياته ، وأن كل العوامل التي قد تسهم في نمو الدماغ وتطوره ينبغي تقييمها .

كما وجد « ماير » أن الفصام نتاج التأثيرات البيولوجية والنفسية والبيئية المتفاعلة . فالطفل الفصامي لا يشعر بالطمأنينة في طفولته ، حيث تصف علاقته بمن حوله بالقلق الشديد ، والعدوان ، والانعزال إلى درجة أنه لا يستطيع تكوين علاقات مع والديه ومع الأطفال الآخرين . كما أن نظرتهم إلى ذاته يشوبها الكثير من التشويه ، وتكون مؤلة إذا استمر الفصامي مدركاً لها وعالماً بها .

كما يشعر الفصامي بالتهديد الداهي لا يفلته ، وبأنه مريض ومكروه ، وشاذ . وهذا الشعور ينشط بدوره الخبرات الداخلية المؤلة التي كان قد خبرها الفصامي في طفولته .

كما يعاني الفصامي من عدم انسجام بين أفكاره وأفعاله ، حيث يمكن له أن يضحك عند وجود خبر محزن ، ويكي ويحزن عند وجود خبر مفرح .

إن الجذور الأساسية للفصام تبدأ في الطفولة ، ولكنه لا يظهر عادة إلا في مرحلة المراهقة أو بداية البلوغ ، ومن المحتمل ألا يشفى المصابون بالفصام من هذا المرض إلا في حالات العصام الاستجابي reactive schizophrania الذي ينتج عن ضغوط بيئية . كما يبدو على الفصامي ارتباك وقلب انعكاسي بصورة شديدة . وفي هذا النوع من الفصام تبدو فرصة الشفاء كبيرة .

فالفصام ليس إلا مجموعة من الاضطرابات التي تصيب الشخصية ، يتميز بالانسحاب من الواقع ، وبتمكيد مشوش وغير واقعي ، وببلاهة التفاعلية واضحة ، وغرابة في السلوك مع حدوث هلاوس وأوهام واضطرابات في الوجدان والشعور ، ينتج عن عوامل متفاعلة بيولوجية ونفسية واجتماعية ، ويكون من الصعب الشفاء منه غالباً . كما يوصف أيضاً بأنه تخلف في النمو يصيب كل جوانب النضج .

يُصيب الفصام كلاً من الذكور والإناث على حد سواء ، ويكثر عند آخر الأطفال ميلاداً في الأسرة ، ويكثر بين كل الأجناس ، ويكثر في المدن الكبيرة المزدهرة وبين الطبقات الاجتماعية الدنيا (الفقيرة) ويزداد ظهوراً في بداية الصيف

وفي فصل الحريف . كما لوحظ أيضاً أنَّ انتشار الفصام يكثر بين الأقارب ، فإذا كان أحد الوالدين مصاباً بالفصام فإنَّ نسبة انتشاره بين الأبناء تصل إلى ١٥ ٪ . أما إذا كان كل من الوالدين مصاباً فإنَّ النسبة تصل إلى ٣٠ - ٤٠ بالمئة .

أما عن معدل انتشاره بين النسل فيتراوح بين ٠,٨٥ ٪ و ٣ ٪ .

وفي الولايات المتحدة الأميركية يبلغ نصف من يتم تشخيصهم بالاضطرابات الذهانية بأنهم فصاميون .

ويرى حمودة (١٩٩٢) أنه لتشخيص مرض الفصام لا بدَّ أن تستمر الصورة المرضية لمدة ستة أشهر ، مع ظهور الهلاوس والهلذات ، وفقدان الانسجام بين الأفكار ، وفقر محتوى الكلام ، والتفكير غير الواقعي ، والسلوك المضطرب بالإضافة إلى انهيار مستوى الأداء الوظيفي للشخص ، والانسحاب الاجتماعي ، وبعض السلوك الغريب ، وإهمال الشخص لنظافته ، وتبدله العاطفي ، ونقص البلورة والاهتمامات .

الأسباب :

لا يوجد حتى الآن (حسب معرفتنا) أسباب محدَّدة للفصام ، وما تمَّ معرفته لا يخرج من مجرد كونه نظريات فقط ، ولكنَّ علماء النفس ، وعلماء الطب النفسي أكدوا على احتمال وجود أكثر من سبب للفصام ، وفيما يلي نستعرض بعض هذه الأسباب :

١ - الأسباب الوراثية :

يرى علماء الوراثة أنَّ الفصام يكثر عند أسر يكون أحد أفرادها مصاباً بالفصام ولهذا فإنَّ أقارب المصابين بالفصام يكونون أكثر عرضة للإصابة بالمرض بالمقارنة مع أفراد آخرين من المجتمع . فالدراسات الحديثة بينت أنَّ احتمال حدوث الفصام عند أحد التوائم المتماثلين إذا أصيب التوأم الآخر قد يصل إلى حوالي ٢٩,٥ ٪ ، أمَّا بالنسبة إلى التوائم غير المتماثلة فإنَّ هذا المعدل هو ٧ ٪ . وهذا مؤشِّر على وجود عامل وراثي في ظهور الفصام .

ويرى إيرلينهايمر وكيملينج « Erlenmeyer & Kimling » (١٩٧٥) أنَّ ١٠ ٪ تقريباً من الأطفال الذين ينحدرون من أب أو أم فصامين سيظهرون شكلاً

من الفصام ، وأنه عسيما يكون والدان فصامين فإن هذا الرقم سيرتفع إلى ٣٥ أو ٤٠ . ففصام الطقولة ليس إلا استجابات لضغوط وراثية .

كما أنه كلما زاد تشابه الأفراد وراثياً زاد احتمال تعرضهم للفصام ، في حالة حدوث الفصام عند أحد الأفراد في الأسرة . ومن الدراسات التي أجريت في هذا الصدد تلك التي أجراها « بول ونلر » و « سيمور كيتس » في الدانمارك حيث تم فحص الأطفال الذين عزلوا بصورة دائمة عن والديهم الحقيقيين في بداية حياتهم (خلال الستة الأشهر الأولى في المتوسط) ، وتمت تربية الرضع بواسطة آباء آخرين بالتبني وكان الهدف هو فحص أثر كل من الطرفين في التنبؤ بمدى تطور السلوك الفصامي وهما :

- ١ - أن يكون الطفل مولوداً من أب فصامي ودي بوساطة أب بديل فصامي .
- ٢ - أن يكون الطفل مولوداً من أب غير فصامي ودي بوساطة أب بديل فصامي .

وكان الأفراد المشتركون في كل مجموعة متطابقين في العمر والجنس وعمر التبني والتفكيرات الأخرى . وتم مقابلة الأفراد بعد أن وصلوا إلى سن البلوغ بواسطة فاحصين آخرين متبرزين لا يعرفون تاريخ هؤلاء الأفراد بقصد تشخيصهم . وتم الاستنتاج أن الوراثية هي أفضل منبر للفصام . فكون الأطفال تربوا بواسطة أب بالتبني يعاني من الفصام فإن ذلك لم يكن ذا دلالة في زيادة احتمال حدوث الفصام عند الأطفال .

كما يرى العلماء السلوكيون أن الأفراد الفصامين يرون استعداداً مسبقاً ، وأن المرض يتطور تطوراً كاملاً في الظروف غير المناسبة (داليلوف ، ١٩٨٣) .

— الأسباب العضوية العقلية :

أوضحت الدراسات نتيجة تصوير دماغ الفصامين وجود عيوب في استقلاب دماغ الفصامي . كما يبين العلماء في مستشفى (إلزابيث) في واشنطن وجود بطنيات متصخمة عند المصابين بالفصام . ويرى عالم الأعصاب البريطاني « تيم كراو » Tim crow وجود بطنيات دماغية متوسعة في أدمغة الفصامين بالإضافة إلى وجود كتل قشرية دماغية متناقصة . ولم يتضح فيما إذا كان مرد هذه الكتل الدماغية القشرية المتقلصة الحجم علة أو وجود ضمور في خلايا قشر

الدماغ ، أو أنها كانت في السابق ضعيفة النمو . ومن المؤكد وجود ترابط بين البطيئات الدماغية المتضخمة ، والقصة السيئة ما قبل الإصابة بالمرض وضعف الاستجابة للدواء (الحجار ، ١٩٨٩ م)

وقد بين د واط Wyatt وجود فروقات فيزيولوجية في الطريقة التي يعمل بها الدماغ عند الفصامين ، حيث رسم خريطة لجريان الدم في أوعية الفصامين أثناء احتياهم براتز وسكنسن Wisconsin الذي يقيس النشاط في الفص الصدغي الرتيء الأداء والنشاط عند هؤلاء . وقد انضح له وجود سوء وظيفي وانخفاض في جريان الدم في الدماغ عند بعض الفصامين أثناء قيامهم ببعض الأعمال .

ولهذا تمكن د واط من إظهار العلاقة القائمة بين التفكير المجرد والقصور الوظيفي في جريان الدم في الدماغ (الحجار ، ١٩٨٩) . فالنقص يحدث نتيجة القتل في تحقيق انسجام مستقر بين الأنظمة المعرفية والإدراكية .

٢- الأسباب الكيميائية :

ذلت التجارب أن إنتاج الدوبامين Dopamine يكون عالياً جداً عند مرضى الفصام حيث أن عقار ميثيل فينيدت Methyphenidate يساعد على إطلاق الدوبامين في نسيج المخ ويعمل على زيادة تكرار حدة الأعراض الفصامية (De Vis , 1974) . فالمضادات الناقلة العصبية التي تحاصر المواد الناقلة للسيالة العصبية المنافسة تتجزأ مسببة ارتفاع الدوبامين الدماغية . ومن المحتمل أيضاً أن مادة كولبريت Colprist تعمل على جهاز التغذية الراجعة ، فيشل هذا الأخير بالإعاز إلى نورونات الدوبامين بالتوقف عن إنتاجه عندما تكون مستقبلات الدوبامين العصبية ملية به (الحجار ، ١٩٨٩) .

ولهذا فإن مركبات الأمفيتامين التي تفرز الدوبامين يمكنها بالجرعات الكبيرة أن تشكل أعراضاً ذهانية لدى الأسوياء ، كما أن مضادات الذهان التي تعد مثبطات لنشاط الدوبامين تقلل من الأعراض الذهانية .

٣- الأسباب البيئية :

للعوامل البيئية دور أساسي في حدوث مرض الفصام عند الأطفال ، فالنقص يكثر في الطبقات الفقيرة ذات الإمكانيات المحدودة . كما لوحظ أن

الفصامين المتدهورين يحدرون إلى طبقات أقل في المستوى من مستوى طبقتهم الأصلية ، بسبب تدهورهم وسوء حالهم (ثابت ، ١٩٩٣) .

كما يكثر العصام عند الأطفال الذين تكون تعليقات والديهم متضاربة ، حيث يصدر أحد الوالدين أمراً للطفل ويقصد به عكسه (افعل ، لا تفعل) مما يربك الطفل ويعكس عدم وضوح التكثير المنقول إليه .

كما أن سيطرة أحد الوالدين في أسلوب التربية ، وانحزال الآخر يكون ما يُسمى بالطلاق العاطفي بين الوالدين ، الأمر الذي يشوه هوية الطفل وبيئته لمرض الفصام . كما أن العلاقة غير المتكافئة بين الوالدين (كأن يكون أحد الوالدين متسلطاً والآخر ليناً) يؤدي إلى تفكك شخصية الطفل وبيئته لمرض الفصام . فالأطفال يكونون في سبي صغيرة جداً عبثة عن سجلات حساسة جداً تلغظ كل ما يجري بين الوالدين من علاقات . كما أن الشدائد المحيطة (Stress) وإدراك الفرد لها وشعوره بخطرهما يؤدي إلى زيادة إفراز الأدرينالين ، ويحدث خللاً في المنتجات الكيميائية في الدماغ ، مما ينتج مواد مولدة للفصام .

— الأسباب النفسية :

● يحدث الفصام أحياناً بسبب الصراع النفسي Conflict بين رغبات الفرد الأولية اللاشعورية والتزاماته الاجتماعية . وإذا استمر هذا الصراع فترة طويلة عند الفرد ولم يجد حلاً لاحتل التفكير والسلوك والذي يؤدي أحياناً إلى الانطواء والفصام .

كما أن ضعف الأنا (Ego) الذي قد يكون أحياناً فطرياً أو مكتسباً نتيجة نقص الأمومة والذي يؤدي إلى نقص التميز بين الذات والموضوع ، ونقص اتساق الوظائف النفسية وتكاملها ، وبدائية الدفاعات والصراع المتولد عن العدوان ، مما يؤدي إلى نقص المقاومة لكل أنواع الضغوط وفقد الاتصال بالواقع .

وحسب وجهة نظر أصحاب التحليل النفسي فإن الفصام ليس إلا انكوص إلى المرحلة القمية إلى فترة ما قبل تمييز الأنا عن المو ، حيث أن الفصامي يفقد الأنا الذي يختبر بها الواقع والاتصال به ويتمك في ذاته ، ويعزى الكوص إلى الفلتان الحاد الذي يعود إلى الدوافع العدوانية أو الجنسية اللاشعورية الخاصة .

● كما أن انعدام الثقة بالآخرين والحساسية الشديدة لعدم قبولهم له تتولد عن اضطراب العلاقات بين الشخص والآخرين والتي تعود إلى مراحل نمو الطفل الأولى ، مما يجعله يميل إلى الانسحاب للحفاظ على أمنه الداخلي ، واعتباره لذاته مما يزيد من انطوائه وعزله ورفضه للآخرين .

● كما ترى (ميلاتي كلاين) أن الأشهر الأولى من حياة الطفل وما ينشأ عنها من مشاعر إيجابية أو سلبية نحو الذات والآخرين هي أساس القمصان وتكوين دفاعات مرضية تستمر حتى في الكبر (حمود ، ١٩٩٢ م) .

الوقاية والعلاج :

يُعد مرض القمصان في الغالب مرضاً مزمناً حيث يمثل ٥٠ - ٧٠٪ من المرضى الذين تطول إقامتهم في للمستشفيات العقلية ، ونادراً ما يعود الشخص إلى حالته السابقة من الأداء الوظيفي . ولهذا لا بد من اتخاذ الطرق التالية في الوقاية والعلاج من هذا المرض .

١ - العلاج الطبيحي :

أحد ما يمكن من زواج الشخص الفصامي ، وإذا حدث ذلك فيجب ألا يكون من زوجة فصامية ، وألا ينجب أكثر من طفل واحد ، لأن مرض القمصان ينتقل إلى الأبناء بنسبة ١٥ - ٤٠٪

٢ - العلاج الدوائي :

إن المهدئات الكبرى هي العلاج الأكثر فعالية لأمراض القمصان ، وذلك بفعل آليتها التي تحد من إنتاج الدوبامين الدماغي . كما أن المهدئات الكبرى تبدل دوماً بصورة ثابتة وظيفية الدماغ من خلال زيادة قوة ارتباط مستقبلات الدوبامين العصبية . ولهذا يُستعمل في العلاج عقار « الكلوربرمازين » وفقاً للمقادير التي يحددها الطبيب بما يتناسب مع شدة المرض . كما يُستخدم عقار « الأسيتلازين Stelazine » في حالة وجود مخولٍ أيضاً ضمن المقادير التي يحددها الطبيب للمختص ، وعادة ما يُعطى العقاران معاً .

٣ - العلاج بالجلسات الكهربائية :

ويُستخدم في بداية الفصام أو في الحالات الشديدة المترافقة مع أعراض
تصلية (كتاتونية) ، أو في حالة المريض الحامل ، وحالات الفصام المصاحبة
بأعراض اضطراب وجداني .

٤ - العلاج النفسي :

من الصعب الوصول إلى علاج نفسي عميق مع الفصامين ، لأن مرضى
الفصام لا تكون لديهم أنا قوية إلى الحد الذي يمكنهم من تحمل انفعالاتهم الميفة
والتحكم في نزعاتهم . ولكن من خلال العلاقة العلاجية التي يكوها للمعالج مع
الشخص الفصامي يمكن أن يُقلل من قلق المريض ويُخلصه من أوهامه ويشجعه
على التعامل مع الحياة بواقعية وذلك من خلال فهم المريض التدريجي لأعراضه
الذهائية ومعها ، ومواجهته لخوفه وصراعاته تجاه الجنس والدواء ، وتحمل
صراعاته الداخلية والخارجية دون تكوص للدفاعات ذهانية ، مما يجعل المريض
يُحس بقدرته على التألف والتوافق النفسي وحل صراعاته النفسية أو ليوها وتقبل
العالم والتكيف معه .

ولهذا يعد العلاج النفسي الجماعي فعالاً في حالة الفصام ، حيث يتم وضع
المريض مع مجموعة من المرضى مع وجود المعالج ومساعدته ، حيث تنمي المهارات
الاجتماعية لديه من خلال التفاعل مع الآخرين مع إعطاء التعزيز والمساندة من
المجموعة للمريض ، وقد يأخذ صورة أنشطة جماعية (مجمدة ، ١٩٩٢) .

كما يمكن استخدام اللعب الجماعي بالدمى ، واستخدام الرسم ، وتعليمه
بعض المهارات للتغلب على بعض الصعوبات التي تواجهه .

٥ - العلاج الاجتماعي الأسري :

وفي هذا النوع من العلاج يتم إيضاح حالة المريض للأسرة وحتمهم حل
تقبله وتقبل مشاكله ، بالإضافة إلى إجراء بعض التعديلات في سلوكيات الأسرة
في تعاملها مع المريض للإقلال من انتكاس المريض . فقد لوحظ أن العبء
للمريض وكثرة انتكاسه يؤدي إلى زيادة فرصة انتكاسه .

ويمكن استخدام برنامج التصحيح الاجتماعي الفردي المطبق حالياً في مركز

بحوث الطفولة في نيويورك في الولايات المتحدة الأمريكية . فالبرنامج يهدف إلى تحسين قدرة الأطفال النصاعين على إدراك وتفسير الخبرات الداخلية والخارجية ، حيث يقضي المقيمون بالمركز فترة نهاية الأسبوع مع أسرهم ، وباتي الأسبوع يتواجدون في المركز . ولهذا يتم إعدادهم جسمياً بدرجة كبيرة من خلال البرنامج ، إذ يستيقظ الأطفال الذين في سن ٥ - ١١ سنة ، فيتناولون الطعام ثم يذهبون إلى المدرسة ويستمتعون بفترات من اللعب ، ويأخذون حماماتهم ، وينهضون إلى النوم في مواعيد متظمة كل يوم . بالإضافة إلى ذلك لتحديد أوقات للجلسات العلاجية مع المعالجين النفسيين .

أما أهم أعمال هيئة المركز فهي الإشراف على الحفاظ أمام كل طفل وتنشيطه للبحث عن القبول الاجتماعي ، حيث يركز على المساعدات الخاصة بالتدريب والمدرسين والمرشدين للقيام بهذه الأعمال . كما يتضمن برنامج العلاج اجتماعات بين المعالج النفسي للطفل وباتي أعضاء الهيئة الآخرين ، وذلك من أجل اشتراك الجميع في دراسة الخبرات اليومية للطفل (منصور ، ١٩٨١) .

وستتبع هذه الطريقة في العلاج بتحسين بعض الأطفال بصورة جيدة ، في حين أن البعض الآخر لا يظهر عليه أي تحسن .

خامساً : الاكتئاب Depression :

مفهوم الاكتئاب ومظاهره :

تُشير كلمة الاكتئاب في اللغة العربية إلى الحزن والكآبة . فالأكتئاب يعكس عند الطفل مشاعر الكآبة والحزن والسأم والعزلة ، وعدم السعادة واضطراب العلاقة بالآباء والأخوة ، وقلة الحيلة وانخفاض الحماسة والهمة . ويرى شيلبر (١٩٨٩ ، ص ١٦٦) أن الاكتئاب « هو شعور بالحزن والقنم مصحوب غالباً بانخفاض في الفاعلية » . أما الحجاز (١٩٨٩ ، ص ٨٤) فيعرف الاكتئاب تحريفاً أقرب إلى الوصف منه إلى التعريف . فهو يرى أن الاكتئاب « اضطراب عاطفي يتمظهر بأعراض نفسية وبدنية سريرية ، تعكس مزاج المريض ومعاناته . وتتداخل في هذا الاضطراب عوامل بيئية وثقافية ، وبيوكيميائية ودائية ، وتركيب شخصية في حدوثه » . في حين يرى كولز (١٩٩٢) أن الاكتئاب يصف خبرة ذاتية وجدانية تُسمى حالة مزاجية أو إفعالية ، والتي قد

تكون عرضاً دائماً على اضطراب جسمي أو عقلي أو اجتماعي ، ورسمة Syndrome مركبة من أعراض معرفية ونزوعية (إرادية) وسلوكية وفيزيولوجية ، بالإضافة إلى الخبرة الوجدانية . أما (بك) فيُعرف الاكتئاب على أنه «حالة انفعالية تتضمن : تغيراً محدوداً في المزاج، مثل مشاعر الحزن ، والوحدة ، واللامبالاة بحيث تكون مفهوماً سلبياً عن الذات مع تدفق للذات وتحطيرها ولومها ، ورغبات في عقاب الذات ، مع الرغبة في الهروب والاختفاء واللزوت ، وتغيرات في النشاط مثل : صعوبة النوم ، وصعوبة الأكل ، وتغيرات في مستوى النشاط ، مثل : نقص أو زيادة في النشاط» (صالح ، ١٩٨٩ ، ص ١٠٤ - ١٠٥) .

ويمكن أن يُصنف الاكتئاب إلى صنفين أساسيين هما : الاكتئاب الداخلي المنشأ Endogenous وهو اضطراب تلعب فيه العوامل الوراثية - البيولوجية دوراً هاماً . وهذا النوع من الاكتئاب يكون شديداً ، يحدث دون وجود عامل هام مسبب ، ويميل إلى الانتكاس وحدوثه بشكل متكرر ، وغالباً ما توجد قصة عائلية لاضطراب عقلي مماثل عند الأسرة .

أما النوع الآخر للاكتئاب فهو الاكتئاب الخارجي المنشأ Exogenous أو الاكتئاب العصبي، وهذا النوع يكون ناتجاً عن ضغوط الحياة ، وتكون أعراضه خفيفة ، وأسبابه معروفة (شدات نفسية ، أو ضغوط خارجية ، أو مرض عضوي) . فالخزن مثلاً شعور سيئ ولكنه إذا زاد عن الحد الطبيعي أدى إلى الاكتئاب المرضي . وقد دلت الدراسات^(١) عن وجود عدد متزايد من الأطفال المكتئبين ممن هم دون الثانية عشرة ، حيث أن طبعاً من كل خمسة أطفال يُعاني شكلاً من الاكتئاب . كما وجد لوفكووتر (١٩٨٤) أن هناك ٥,٦ ٪ من الأطفال يُصابون بالاكتئاب .

بالإضافة إلى ذلك فقد أوضحت دراسات أخرى أن ٥٨ ٪ من آباء الأطفال المكتئبين هم أيضاً مكتئبون . والاكتئاب يمكن ملاحظته بسهولة عند أطفال سن العاشرة من العمر حيث يظهر على شكل بكاء ، وتكرار نوبات الغضب والبؤس . كما يمكن أن يكون الاكتئاب عند الأطفال سبباً لكثير من المشكلات

(١) National Institute of Mental Health causes Detection and Treatment of childhood Depression, NIMH, Washington, D. C. 1979.

السلوكية الأخرى مثل : فقدان الشهية ، الأم البطن ، الصداع ، التبول اللاإرادي ، نوبات الغضب ، الملل ، التعب ، ضعف القدرة على التركيز ، النشاط الزائد والمشكلات العنصرية ، حيث تظهر هذه المشكلات كوسيلة لتغطية الشعور بالاكْتئاب . وقد تزداد بعض صور الاكتئاب الملحوظ عند الأطفال لتصل إلى درجة الانتحار .

أما جوزف وولب Wolpe (١٩٧٩) فيرجع الاكتئاب إلى عدة عوامل أهمها : عامل القلق ، حيث أن الفرد الذي يُعاني من حالة القلق ولفترة طويلة من الزمن فإنه من الممكن أن يُصاب بالاكتئاب .

وهذا تبين نتيجة الدراسات الحديثة هي الانتحار عند الأطفال دون سن ١٤ سنة في إنكلترا بين عامي ١٩٦٢ - ١٩٦٨ أن ٣١ طفلاً قتلوا أنفسهم بواقع ١

من عدد السكان
٨٠٠,٠٠٠

كما أظهرت دراسات أخرى (شيفر ، ١٩٨٩) أن الأطفال في عمر ٨ - ١٢ سنة يهددون بقتل أنفسهم أو إيذائتها ، عندما يكونون في حالة غضب شديد ، إلا أنهم يعدلون عن ذلك عندما يخف غضبهم . وهذا يعني أن الأطفال يعبرون عن المشاعر الانتحارية أكثر من القيام بالمحاولات الانتحارية الفعلية .

أما عن العروق بين الجنسين عند الأطفال في ظاهرة الانتحار فقد وجد دومينيان Dominican (١٩٧٦) أن ٨٠٪ من الأطفال في عينة من ١٧٢٧ طفلاً من هم في سن العاشرة حاولوا الانتحار كانوا من الإناث ، وكان أيضاً لدى الذكور خطاطرة هائلة في محاولة الانتحار كما وجد أيضاً أن ٣ - ٤ محاولات انتحار من الذكور يكون مقابلها ٢٥ - ٣٠ محاولة انتحار من الإناث .

الأسباب :

الأسباب الفيزيولوجية :

لا بد من أخذ الأسباب الفيزيولوجية بعين الاعتبار في حالة ظهور الاكتئاب عند الأطفال عندما يكونوا في البداية جيدي التكيف ثم تحدث لهم استجابات اكتئابية بشكل مفاجيء أو تدريجي . ويرى سلاتر Slater أن انتقال مرض

الاكتئاب يتم إدارتها بواسطة الجينات المتعددة . فالظهور المبكر لمرض الاكتئاب معناه أنه مشيع بالعامل الوراثي .

بالإضافة إلى ذلك تلعب العوامل الكيميائية الحيوية دوراً في حدوث استجابة الاكتئاب ، حيث يحدث تغيرات في الأميلت الدماغية عند مرضى الاكتئاب . كما وجد أيضاً أن هناك تزايداً في نشاط القشرة الكظرية عند مجموعة من مرضى الاكتئاب ، وارتفاعاً في مستويات الكورتيزول المصورة (التي يفرز من قشرة الكظر) ، بالإضافة إلى وجود اضطرابات في الغدة الدرقية ، أو فقر دم ناتج من نقص الحديد أو اضطرابات في سكر الدم واضطرابات في نسبة الصوديوم في الدم (زيادة ملحوظة في نسبة الصوديوم) في حين أن نسبة الكالسيوم في الدم تنخفض نتيجة لارتفاع نسبة الصوديوم ، وتقل نسبة إفرازه في البول .

الأسباب النفسية :

١ - تلقي مفهوم الذات :

أكدت الدراسات (Nolms ، ١٩٨٥) وجود ارتباط دال بين الاكتئاب ومفهوم الذات عند أطفال المدارس ، حيث وجد أن الأطفال الذين يعانون من مرض الربو لديهم اعتبار ذات متدنٍ بالمقارنة مع الأطفال العاديين (الأصحاء) ، وأن الإناث يتأثرن أكثر من الذكور . كما أظهرت دراسة عبد الباقي (١٩٩٢) ، (ص ٤٥٤) أن الأطفال الذين اجابوا على اعتبار الاكتئاب تبين أنهم يعانون من تدني اعتبار الذات بالمقارنة مع زملائهم بشكل مرتفع وبلغت هذه النسبة ٥٦,٥ ٪ .

٢ - الضغوط النفسية المدرسية :

فالنظام المدرسي الذي يقوم على العقاب والقسوة ، والضرب والتوبيخ يؤدي إلى شعور الطفل بالخوف من المدرسة وفقدان الثقة بالراشدين ، والاكتئاب . وقد وجد بندلتون (Pendleton) (١٩٨٠) أن المشكلات الانفعالية التي يعاني منها الأطفال ومنها : الاستعجاب والاكتئاب هي نتيجة حتمية للضغوط المدرسية . فالعقاب غير العادل من قبل الكبار والموجه نحو الأطفال يثير التماسه عندهم ، والثغور والكراهية من الكبار ويتبعه ظهور الاكتئاب .

إن الأطفال الذين لا يُسمح لهم بالتعبير عن غضبهم بشكل مباشر نحو الآخرين يميلون إلى توجيه غضبهم نحو ذواتهم ، ويميلون إلى التقليل من قيمة ذواتهم ويلجأون إلى الاعتداء على أنفسهم بطريقة ما وقد يكون الانتحار أحد هذه الطرق . فالانتحار هنا يأتي بعد قناعة الطفل بأنه لا يستطيع التوافق مع الظروف المحيطة ، ويشعر بالعجز واليأس مما يجعله يفضل الموت على الحياة . كما أن بعض الآباء يمتلكون دوافع للانتحار قوية لأنفسهم ولأطفالهم ، وهم لا يتقبلون أي تعبير عن القتل أو الإحباط من قِبل الأطفال ولا يصتتون لما يمترض أبناءهم من مشكلات مما يجعل الطفل يتدخل عن الاتصالات بوالديه ويصبح اكتئاباً .

٤ - فقدان الوالدين أو أحدهما :

يرى فرويد بأن فقدان الطفل لوالديه أو أحدهما يؤدي إلى حالة من الحزن الشديد الذي يتطور إلى الاكتئاب المرضي ، حيث أن الطفل (الأنا) عندما يشعر بأن موضوع الحب (الوالدين أو أحدهما) قد انتفى من الوجود يؤدي به إلى الشعور بالحزن والاكتئاب خاصة إذا كان الشخص المفقود يمثل للطفل الأنا الأعلى ، مما يجعله يواجه الكراهية والحقد إلى ذاته ويميل إلى تعظيمها وتدميرها . ولكن تأثير هذا الفقدان الوالدي يتأثر بعمر وجنس الطفل حينما يتعرض لحبرة الفقدان . وقد حلت الدراسات أن الأطفال الصغار (دون سن السادسة) يكونون أكثر تأثراً بهذا الفقدان من الأطفال الأكبر سناً . كما أن فقدان الأبوين قبل سن ١٥ سنة ، يعد من أكثر الأسباب التي تؤدي إلى ظهور الاكتئاب عند الأطفال ، وقد تؤدي إلى الانتحار .

٥ - الميل إلى جلب انتباه الآخرين وحبهم، والانتقام منهم :

كثيراً ما يعبر الأطفال عن شعورهم بالاكتئاب كوسيلة لجلب انتباه الآخرين وكسب حبهم ، خاصة عندما لا يُبدي الآخرون الاهتمام بهؤلاء الأطفال ، ولا يجنون وسيلة لجذب انتباههم بالطرق الأخرى .

من جهة أخرى يلجأ الطفل إلى الاستجابة الاكتئابية كوسيلة للانتقام من الكبار ، حيث يصبح الأطفال شديد الغضب عندما يشعرون بأنهم لا يحصلون على الحب الكافي من الكبار ، فيلجأون إلى تلقينهم درساً من خلال استجاباتهم

الاكتئاب وميلهم إلى الانتحار . وقد يكون الانتحار طريقة للتخلص من مواجهة هؤلاء الذين يسيرون الألم أو الإهانة لهؤلاء الأطفال .

٦ - التخلص من التوتر :

قد يكون الاكتئاب وسيلة للتخلص من التوتر ، عندما لا يتمكن الأطفال من السيطرة على ذلك بطريقة مناسبة . أما اللجوء إلى الانتحار فقد يكون وسيلة لإنهاء حالة التوتر المستمر عند الأطفال عندما لا يمكن التخلص منه .

الأسباب الاجتماعية :

١ - التفكك الأسري :

إن الأسرة المتكئة والمتناثرة ، كما في حالة عدم الانسجام بين الوالدين ، والأب الكبير أو المقامر أو الغياب الطويل مما يجعل الأب ضعيف الحيلة لا يستطيع التصرف ، كما يجعل الأم غير متكئة ولا تتمتع بصحة نفسية جيدة ، ويصبح الطفل عاجزاً أو يتحول إلى راشد دسئالتكف .

وقد أشار أكرمان Ackerman (١٩٥٨) إلى أهمية المناخ العائلي والاتجاهات العاطفية المتصاعدة في الأسرة . بالإضافة إلى ذلك هناك الفشل وعمية الأمل التي يراهما الوالدان (عبد الباقي ، ١٩٩٢) . كما أن الصراعات الأسرية المتكررة والشديدة تؤدي إلى شعور الطفل بالاكتئاب ، وخاصة عند الطفل الأكثر حساسية .

٢ - الأسر المربكة :

أكد العديد من الدراسات على أن الاكتئاب ينتقل من الأم إلى أبنائها ، فقد وجد جوديسون وآخرون Ghodison & Others (١٩٨٤) أن هناك علاقة وثيقة بين اكتئاب الأم والمشكلات السلوكية عند الطفل في مدينة لندن ، حيث تبين من خلال الدراسة أن أطفال الأمهات المكتئبات يختلفون عن أطفال الأمهات العاديات . فالأمهات المكتئبات يعجزن عن تقديم الأمن للأطفال مما يولد الشعور عند الطفل بالعجز والحزن والاكتئاب . فالاكتئاب ينخفض عندما يتوفر التعاطف بين الأم والأب . كما وجد دوملس وآخرون Domas & Others (١٩٨٩) من خلال فحص ٥١ أمّاً لديهن أعراض اكتئابية متضاربة ، أن أطفالهن يكونون أقل

توافقاً نفسياً واجتماعياً .

كما توصلت دراسة سفران Sifran (١٩٨٧) ودراسات أخرى غيرها إلى أن أطفال الآباء المكتئين يختلفون عن أطفال الآباء غير المكتئين من حيث التفاعل بين الأب والطفل .

٣ - أنشطة الأمومة الخاصة :

أكدت الدراسات العلمية للميكرويتز Lefkowitz (١٩٨٤) وروشرز Ruchters (١٩٨٩) أن هناك علاقة بين الرضخ الوالدي في فترة الطفولة المبكرة والإصابة بالاكئاب لكل من الآباء والأبناء ، كما أن الأمهات لا يستطعن التحكم في أطفالهن مما يزيد من المشكلات السلوكية عندهم .

كما أن القسوة في المعاملة من قبل الأم تساعد في زيادة ظهور الاكتئاب عند الأطفال . بالإضافة إلى ذلك فإن سلوك عدم الطاعة الذي يظهر عند الأبناء يرتبط ارتباطاً وثيقاً باستراتيجية الأمهات في تربية الأبناء . فالأطفال في عمر خمس سنوات مثلاً يستغلون أساليب عنيفة في عدم طاعة الأمهات حينما يطلب منهم أداء عمل معين ، وأن الذكور أكثر رفضاً من الإناث . وقد وجد بيك Peaks (١٩٨٥) من خلال دراسته أن الأمهات المكتئبات أكثر تشدداً وحدة في التعامل مع أبنائهن قد تصل أحياناً إلى استخدام العقاب الجسدي .

٤ - التقليد :

بين شيفر (١٩٨٩) أن أكثر من نصف آباء الأطفال المكتئين هم مكتئبون أيضاً . فالاستعداد للاكتئاب سمة موروثية ، ولكن هذا الاستعداد يتحول إلى واقع من خلال العيش مع آباء مكتئين . فالأطفال يقلدون سلوك آبائهم حيث يتعلم الطفل أن يكون حزيناً ومكتئباً عندما يشاهد أحد والديه ، أو كليهما مكتئين وحزينين .

٥ - شعور الطفل بالعملة :

إن شعور الطفل بالعملة والنزاع الاجتماعي يؤدي إلى وقوعه في الاكتئاب وقد يؤدي إلى الانتحار إذا كان هذا الشعور قوياً وكانت حالة الاكتئاب شديدة .

٦ - البطالة والفقر :

إن إحساس الطفل بالمقر وعدم القدرة على إشباع احتياجاته الأساسية بالمقارنة مع الأطفال الآخرين يؤدي إلى شعوره بالاكئاب . وقد أوضحت الدراسات العديدة أن انخفاض المستوى الاقتصادي ، واضطراب العلاقات الاجتماعية بين الناس ، عامل أساسي في انتشار الاكتئاب والرغبة في الانتحار .

الوقاية والعلاج :

- العمل على تنمية مفهوم الذات عند الطفل من خلال الاتصال مع الآخرين .
فبعض الأطفال يتعلقون بأهائهم بشكل شديد إلى درجة أنهم يرفضون كل من سواها . ولذا يجب أن يتعلم الطفل التواصل مع كبار آخرين غير الوالدين حيث أن فقدان الاستحسان والتقبل يصبح أقل تعقيداً عندما تتوفر للطفل مصادر متعددة من الاستحسان والتقبل . كما أن تنوع المهارات التي يمكن للطفل أن يقوم بها يعزز ثقته بنفسه ويقوي مفهومه الإيجابي عن ذاته بشعوره بأنه كفؤ في مجالات متعددة . فالأفراد الذين لا يشعرون بالمعجز لا يترلقون إلى اليأس والاكتئاب ، فالشعور بالقدرة على مواجهة المشكلات والرضا عن الذات كمنهج بالوقاية من الاكتئاب .

- السماح للطفل بالتعبير عن انفعالاته : إن شعور الطفل بأن الآخرين يتقبلونه ويتفهمونه ، من خلال مساهمتهم له بالتعبير عما يشعر به من انفعالات الغضب ، وأن يتقبلونها ويناقشونها معه بشكل واقعي يساعد الطفل على التخلص من مشاعر الصيقل والحزن والاكتئاب ويجعله يفهم تواصله فعالاً مع الكبار في جو ينسم بالاهتمام والتقبل .

- ضرورة ابتعاد الوالدين عن الحزن والاكتئاب : فمن المعروف أن الطفل يقلد والديه من خلال ما يشاهده عندهما من سلوكيات ومشاعر حزني واكتئاب أو تفاؤلي وسرور . فالآباء الذين يركزون في حديثهم على الحزن واليأس والمشكلات في الحياة يتصرف أطفالهم بالأسلوب نفسه والأفضل هو أن يكون الآباء واثقين في أثناء حديثهم وأن يبتعدوا في الحديث عن التشاؤم واليأس والظن إلى المستقبل بشكل معائلي ، ولا بد من جعل الأطفال يشعرون بنجاح والتحم والعمل الجاد لنناء المستقبل .

— ضرورة توفر عدد من الأشخاص الذين يمكنهم في المدارس أو في العيادات للعمل على معالجة مشكلات القلق والاكتئاب التي يمكن أن تظهر عند الأطفال .

— ضرورة الاهتمام بتنوعية الآباء والمربين في كيفية التعامل مع الأطفال الذين تظهر عندهم الاستجابات الاكتئابية ، ويعمل هنا على وسائل الإعلام لتلعب دوراً كبيراً .

— التأكيد على أهمية العلاج البيئي في مرض الاكتئاب عند الأطفال ، وكذلك أهمية الإرشاد المزدوج للآباء والأبناء اللذين يعانون من اضطرابات اكتئابية ، وكذلك للأطفال الذين تعرضوا لتجربة الانفصال عن الوالدين .

— ضرورة مباداة الانسجام العائلي داخل الأسرة ، لأن الأمن النفسي الذي يسود داخل الأسرة ينعكس إيجابياً على سلوك الأطفال داخلها ، أما شيع الاضطراب والتفكك داخل الأسرة فيجر على الأطفال مآسي القلق والحزن والاكتئاب .

— الاحتدال في المعاملة : فالقسوة المفرطة من قبل الوالدين أو اللين الزائد أو التذبذب في المعاملة ينعكس مباشرة على سلوك الأطفال ويجعل منهم شخصيات مضطربة قد تؤذي بهم إلى سلوك الاكتئاب والانتحار أحياناً .

— اللجوء إلى العلاج الطبي بالأدوية : وتستخدم في الحالات التي لا تفيد فيها الطرق السابقة . وقد استعملت الأدوية المضادة للاكتئاب من قبل الأطباء النفسيين مثل الأمبرامين وديزيبامين ، وأميتريتين ، ودوكسين ، وكذلك ماپروتلين . وهذا النوع من العلاج يجب ألا يكون الخطوة الأولى في العلاج ، وإذا استخدم فلا بد من أن يُستخدم من أجل تغيير الظروف التي أدت به إلى الاستجابة الاكتئابية ، وأن يكون مستخدماً بإشراف طبي .

سادساً : **الاستجابات الهستيرية Hysterical Reaction** :

مفهوم الهستيريا ومظاهرها :

الهستيريا هي حالة عصبية تظهر فيها الأعراض الجسمية دون أن يكون لها سبب عضوي محدد . كما تُعبر الهستيريا عن فقدان الإرادة للسيطرة أو الفعالية لمو

اضطراب فيها، يتميز المستوي بأنه يبدأ وينتهي في مواقع انفعالية مشحونة، وترمر إلى صراع نفسي يمكن تعديله عن طريق الانجلاء.

ولكن في كثير من الأحيان ، فإن مظاهر المستيريا الخاصة بحالة ما لا تتضمن أعراضاً جسدية خاصة ، كما في حالة الشلل ، وإنما خصائص شخصية عامة تتعلق بالمستيريا مثل . سرعة التهيج ، والقابلية للاستهواء ، والميل نحو الانفجارات الانفعالية .

درست المستيريا بصورة منتظمة أولاً من قبل العالم شاركو Charcot ، لما فرويد فقد أعرب عن يقينه بأن الأعراض المستيرية (التحولية) تتضمن صدمات أو أنواعاً من الصراع ذات الشحنات الانفعالية تعرضت للكبث ثم تحولت إلى أعراض جسدية تكون بمثابة متمسرر أو مخرج .

والاستجابة التحولية في جوهرها ليست إلا حيلة أو ميكانيزم لحماية الذات ، حيث أن الأعراض تعين في صورتها المباشرة على استبعاد التوترات والألم النفسي . فهي وسيلة لحل الصراع النفسي من غير أن يتأثر احترام الفرد لذاته .

أما من حيث القوى النسبية للتفاعلة فإن المستيريا والاضطرابات العصبية الأخرى ينظر إليها كمظاهر صريحة للقلق والصراع. ويؤدي استبصار الفرد بدوافعه إلى سلوك أكثر توافقاً .

هذا ومن بين الاستجابات المستيرية التي نلاحظها عند الأطفال حالات الشلل Paralysis والارتعاش Tremor ، والعمى ، وفقدان الحساسية Anesthesia واللازمة العصبية Tic .

وقد عرف عن الفرد الذي يعاني من المستيريا أنه لا يكثرث لعجزه أو مرضه الجسمي مهما بلغت خطورته . والأعراض المستيرية كثيراً ما تختفي حين يكون المريض نائماً ، أو تحت تأثير التنويم المغناطيسي وكان ذلك الجزء ذا العلاقة من الجسم قد تحمل في حالة النوم أو التنويم المغناطيسي من مشقة تمثيل الصراع الجوهري ضد المريض

الأسباب :

- يرى فرويد وفرويد منذ عام ١٨٩٥ أن المستيريا تنجم عن صراع كامن أو مكبوت .
- تُعتبر المستيريا مظاهر حريجة للقلق الذي يكون موجوداً عند الأطفال .
- العوامل الثقافية والاجتماعية التي يعيش في إطارها الفرد .

الوقاية والعلاج :

وفي حالة الاضطرابات المستيرية عند الأطفال لا بد للاباء أن يكونوا حل بصيرة بأنفسهم ، حيث أن تحسن مفهوم الآباء وفهمهم لأنفسهم يؤدي إلى تعامل فعال ومؤثر بالنسبة إلى سلوك أبنائهم للمضطرب .

وهناك عدة طرق علاجية للتخلص من الاستجابات المستيرية عند الأطفال من ضمنها :

أولاً : العلاج بالتحليل النفسي :

يتم تشجيع المريض بالتحدث عن مشكلاته التي يُعاني منها (التنفيس) ، ثم عن طريق التداوي الحر . كما يمكن أن يستخدم التنويم المغناطيسي بفرض الوصول إلى الصدمات التي وقعت للمريض في الماضي وأدت إلى حالة الاستجابة المستيرية .

ثانياً : العلاج السلوكي :

يتم علاج حالات المستيريا عن طريق الإشراف الإجرائي باستخدام الإثابة في تدعيم الاستجابات الناجحة ، وعلى الأثر الحسنة المترتبة على الامتثال الاجتماعي للمريض مع تقدمه في العلاج .

ويكيز جوزف وولب (١٩٥٨) بين نوعين من المستيريا : نوع من المستيريا يتصف بدرجة عالية من القلق ، والنوع الثاني يتصف بدرجة منخفضة من القلق . فالذين يتصفون بدرجة عالية من القلق استجابوا جيداً للعلاج السلوكي ، أما المرضى ذوي القلق المنخفض فقد استجابوا بوسائل أخرى مثل : التنفيس الانفعالي والتنويم المغناطيسي .

الفصل الخامس :

المشكلات السلوكية عند الأطفال

طبيعة المشكلات السلوكية عند الأطفال .

- أولاً : اضطرابات النوم .
- ثانياً : المشكلات المتعلقة بالطعام (التغذية) .
- ثالثاً : التبول اللاإرادي .
- رابعاً : التبرز اللاإرادي .
- خامساً : الشعور بالغيرة .

الفصل الخامس

المشكلات السلوكية عند الأطفال

طبيعة المشكلات السلوكية عند الأطفال :

يُعاني الآباء والأمهات في الأسرة ، والمعلمون في المدرسة في مختلف المراحل الدراسية من مشكلات يُعاني منها الأطفال دون وجود حلولٍ علاجية سميعة لها .

وهذه المشكلات لا يكون لها أسباب عضوية واضحة ، وإنما تُعتبر مظاهر خارجية لحالات التوتر والصراع النفسي الداخلي الذي يُعاني منه الطفل وتؤدي إلى اختلال جزئي في شخصيته دون أن يعصمه عن الواقع ، وتبقى شخصية الطفل المشكل مترابطة ومتكاملة وقادرة على الاستمرار في سلوكه إلى حينٍ كبير .

والملاحظ أن جميع الأطفال يمرّون بصعوباتٍ سلوكية واضعالة . وقد أظهرت دراسة النمو في كاليفورنيا (California Growth Study) أن كلاً من الذكور والإناث يُعانون في المتوسط من ٥ - ٦ مشكلات في أي وقتٍ خلال مرحلة ما قبل المدرسة وأثناء المدرسة الابتدائية ، وتنخفض درجة انتشار هذه المشكلات مع التقدم في العمر بالنسبة إلى أطفال المدرسة .

وهذا يعني أن الأطفال في سن ٦ - ٨ سنوات يفوقون الأطفال الأكبر سناً والذين هم ما بين ٩ - ١٢ سنة في عدد المشكلات السلوكية . كما دلت الدراسة أيضاً أن الذكور يفوقون الإناث في ظهور هذه المشكلات . وأن التباين في هذه المشكلات بين الأطفال الوحيدين ، والأطفال الذين هم أشقاء هويتين قليل جداً (شيفر وآخرون ، ١٩٨٩ م) .

وقد أثبتت الدراسات أن الجزء العالِب من الأطفال الذين يُعانون من مشكلاتٍ سلوكية قد فقدوا أمهاتهم قبل سن الخامسة سواء بالوفاة أو الانفصال أو

المرض ... كما أن المشاحنات بين الوالدين وعلاقاتهم المستمرة يؤدي بالطفل إلى عدم الاستقرار والأمن فالأم التي تشغل في زواجها مثلاً تنحرف إلى طفلها بشكل مبالغ فيه ليعوضها عن نكاستها الزوجية ، كما تبني معه ارتباطاً وثيقاً يحمي كل انفعالاتها المكبوتة ، مما يجعل الطفل دائم الارتباط والالتصاق بأمه حتى بعد نضجه مما يجعله شخصية عاجزة واعتيادية وقابلة للإيحاء .

لذلك يجب ألا يقلل الآباء من أهمية المشكلات التي بحاجة إلى أن تواجه وتُحل بشكل فعال ، أما إذا أُهملت فلننا تؤدي إلى مشكلات أكثر خطورة .

وتثبت الدراسات أنه بإمكان الآباء مع قليل من التوجيه من قبل الاختصاصيين حل العديد من مشكلات أبنائهم السلوكية بنجاح . ومن الطرق الأكثر نجاحاً في مساعدة الأطفال على حل مشكلاتهم السلوكية ما يلي^(*) :

- ١ - إعادة ترتيب برنامج الطفل .
- ٢ - تعزيز السلوك المرغوب .
- ٣ - طمأنة الطفل وتقديم الدعم له .
- ٤ - تجاهل سوء التصرف وعدم الانتباه له إطلاقاً .

وسوف نتناول فيما يلي بعض المشكلات السلوكية التي من وجهة نظرنا مهمة بالنسبة إلى الآباء والمعلمين حيث ستناول كل مشكلة وأسبابها وأساليب الوقاية والعلاج التي يمكن اتباعها .

أولاً : اضطرابات النوم Sleep Disturbances :

طبيعة اضطرابات النوم :

يُعتبر النوم ذا قيمة حيوية في حياة الإنسان ، لأنه يُعتبر صمام الأمان للصحة الجسمية والصحة النفسية في آن معاً . وتزداد قيمة النوم بشكل أكبر في مرحلة الطفولة ليس فقط من أجل قيام أجهزة الجسم المختلفة بوظائفها ، وإنما لتحقيق التوازن النفسي للطفل أيضاً . واضطرابات النوم البسيطة شائعة في مرحلة

(*) شيفر وآخرون : مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها ، ترجمة نسمة داود وآخرون ، الجمعية الأردنية ، عمان ، ١٩٨٩ .

الطفولة خاصة في عمر الستين، وكذلك عند الأطفال ما بين ثلاث وحسب سنوات . وهذه الاضطرابات تُعبر عن ردود فعل طبيعية ، وتُعبّر عن عدم الشعور بالأمن . واضطرابات النوم المؤقتة والمعتدلة في شدةها شائعة الظهور ، إلا أن اضطرابات النوم الحادة أو المستمرة تُعتبر أولى الدلائل على وجود اضطراب نفسي لدى الأطفال . والفرق بين اضطرابات النوم الطبيعية والمرضية هو فرق في الدرجة وليس في النوع .

الأعراض :

تُصاحب اضطرابات النوم عند الطفل جملة من الأعراض والتي تكون على شكل أرق ، وتجوال ليلي ، وكوابيس مزعجة ، وكلام في أثناء النوم ... إلخ ، وأهم هذه الأعراض ما يلي :

أ- الأرق *Insomnia* :

الأرق هو عدم القدرة في الحصول على النوم الكافي ، يتجلى في صعوبة البدء في النوم ، أو عدم الراحة في أثناء النوم ، أو صعوبة الاستمرار فيه . كما يمكن أن يكون بالاستيقاظ المبكر في الصباح .

فالكثير من الأطفال يُصابون بالأرق الطويل الذي يكون بدوره مزعجاً للطفل والديه . فإذا تم التأكد من عدم وجود مرض عضوي مثل الاضطرابات المعدية أو ضيق في التنفس ، أو ارتفاع في درجة الحرارة ... فإن الأرق يكون عرضاً نفسياً ، ويظهر على شكل إجهاد خلال النهار ، وسرعة الاستثارة واختلال الأداء الوظيفي خلال ساعات النهار . يُصاحب اضطراب الأرق شكاوى غير محددة من بينها اضطراب الوجدان والذاكرة والتركيز .

ب- التجوال الليلي أو السير في أثناء النوم « *Somnambulism* » :

وهو من الأعراض الشائعة بين الأطفال ، حيث يحدث عادةً بعد ١- ٣ ساعات من استغراق الطفل في النوم حيث يكون هناك انخفاض واضح في مستوى الوعي والاستجابة للمحيط عند الطفل .

وقد تكون هذه الأعراض عادية إذا كانت عرضية عابرة ، كما أنها تُعبّر عن صراع لا شعوري في حياة الطفل إذا تكررت عدة مرات .

وقد بينت الدراسات أن حوالي ١٠ - ١٥ ٪ من الناس يظهر لديهم المشي أثناء النوم في وقت ما من حياتهم قبل سن المراهقة ، ويظهر تناقص في مرات حدوث المشي أثناء النوم عند من توجد عندهم هذه الحالة مع التقدم في العمر .

ج - الكابوس والفرع الليلي : Nightmare and Night terrors :

الكابوس يظهر في كل الأعمار ، ويكون ظهوره واضحاً في الطفولة ، حيث يستيقظ الطفل باكياً ويتذكر ما شاهده في نومه ، ويرويه لأهله ، ويستجيب لتهنئة الوالدين ويعود للنوم سريعاً .

أما الفرع الليلي فيتجلى على شكل صراخ من قبل الطفل عند استيقاظه ، وتبدو على وجهه علامات الرعب والخوف ، ويستمر في بكائه بالرغم من تهدئة الوالدين له وتطمينه ، ويصاحب ذلك شعوب في اللون وتصبب في العرق ، وقد يتكرر الفرع عدة مرات في الليلة الواحدة .

وقد يتطور الفرع عند الطفل ليكون على شكل نوبات صرعية . وتحدث نوبات الحلم المفرع خلال فترات النوم المصحوب بحركة العين السريعة (R.E.M)، ولكنها قد تحدث في أي وقت ليلاً وتزداد قرب نهاية النوم (حودا ، ١٩٩٠) .

ويشتد الفرع عند الأطفال الذين يفسس آباؤهم في الخمر والمخدرات ولا يعودون إلى البيت إلا في ساعات متأخرة . والأطفال الذين لديهم حالة الفرع الليلي يكونون عصبي المزاج ، نشيطين جسدياً ، يلعبون إلى النوم وهم مرهقون ، ويظهر الرعب خلال الساعات الأولى من النوم . وهذا الفرع الليلي هو أكثر حدوثاً عند الأطفال في سن ما قبل المدرسة منه بين الأطفال الكبار والراشدين .

د - الحديث في أثناء النوم : Sleep Talking :

يتجلى الحديث في أثناء النوم على شكل تسمية بوضع كلمات ، أو النطق ببعض المقاطع الواضحة ، وهذا الحديث يدل على أفكار ونشاطات من اليوم السابق ، كما يدل على انشغال تام بموقف يثير القلق مثل الرسوب في أحد المواضيع المدرسية . وكثيراً ما يظهر الحديث في أثناء النوم وفي أثناء المرض الذي ترافقه حمى « ارتفاع درجة الحرارة » . وإذا أردنا التعرف على ما يزعج الطفل يمكن

الإصغاء إلى حديثه في أثناء النوم والتحدث معه بشكل مناسب في اليوم التالي .

هـ - مقاومة الذهاب إلى النوم : Resistance to going to sleep :

يقاوم الأطفال أحياناً الذهاب إلى النوم ، وتزداد هذه المقاومة نتيجة اهتمام الوالدين الزائد والقلق لهذه الحالة . وقد تكون مقاومة الطفل للنوم نتيجة القلق أو الإثارة الزائدة ، في حين يشعر آخرون بالوحشة إلى حدٍ بعيد عندما يكونون وحدهم وهم بحاجة ماسة إلى المتطمين الذي يحصلون عليه من والديهم

الأسباب :

تتعدد الأسباب الكامنة وراء اضطرابات النوم فقد تكون الأسباب :

١ - نفسية : مثل الخوف من الظلام ، والاضطراب الانفعالي ، والتوتر ، وعدم الاستقرار ، وعدم الشعور بالأمن ، والتخويف ، والقلق ، والصراعات الداخلية ، وانقطاع النوم بالأحلام أو الكوابيس .

٢ - الأسباب العضوية : الإجهاد الجسمي والعصبي ، والإفراط في الأكل ، والإثارة الزائدة ، والذبحة الصدرية وما تسببه من ألم .

٣ - أسباب أخرى مثل : التهامات الوالدين الحاطة عن مدة النوم عند الطفل ، وإجبار الطفل على النوم ، وأساليب المعاملة السيئة للطفل ...

والنوم بالنسبة إلى الطفل الصغير أشبه بالانفصال عن الوالدين ، ويرتبط العديد من اضطرابات النوم بقلق الانفصال ، حيث يخاف الطفل من أن يحصل مكروه لأبويه أثناء نومه . أما الأطفال ما بين ٤ - ٦ سنوات فتكون مخاوفهم محددة مثل أن يقرم اللصوص بإيذاء آبائهم ، أو أن ينشب حريق في بيتهم ... إلخ .

طرق الوقاية والعلاج :

تتعدد طرق الوقاية والعلاج في حالات اضطرابات النوم عند الأطفال .

أ - فالطفل الذي يعاني من الأرق لا بد من اتباع ما يلي لتخليصه من هذه الحالة :

• لا بد من وضع جدول زمني لنوم الطفل ومن التأكد من التزام الطفل بذلك . وهذا يعني أن يلجأ إلى الفراش ويستيقظ في الموعد المحدد نفسه ولا بأس من

استخدام ساحة منه ومن المفضل تجنب النوم نهائياً بالنسبة إلى الأطفال الكبار .

• أن يسبق النوم نشاطات هادئة تبعث على الاسترخاء ، مثل القراءة ، كما أن حماماً سائماً قبل النوم يساعد على الاسترخاء ، أو تُستخدم أشرطة كاسيت تبعث على الاسترخاء .

• الأكل باعتدال : لذا لا بد من تجنب الوجبات الثقيلة في وقت متأخر ليلاً . كما يمكن تجنب المشروبات التي تحتوي على منبهات مثل : الكافيين مدة ٥ - ٧ ساعات قبل النوم مثل : القهوة ، والشاي ، والكافور . . . وما يساعد على النوم تناول وجبة خفيفة خاصة إذا كانت غنية بحامض « L-Tryptophan » ، إذ أن له خصائص تدفع إلى النوم .

• تشجيع الطفل على ممارسة التمرينات الرياضية خلال النهار . إن ذلك من شأنه أن يؤدي إلى زيادة فترة النوم والنوم العميق الملائم .

• يجب أن تكون غرفة النوم مناسبة : أي أن تكون معتدلة الحرارة وبعيدة عن الضوضاء لأن الصوت المنبعث من الشارع أو من صوت المسجل أو التلفزيون يؤدي إلى اضطرابات في النوم .

• لا بد من استخدام السرير فقط للنوم ، وليس لمشاهدة التلفاز أو للقراءة .

• ينصح الطفل الذي يُعاني من الأرق بعدم اللجوء إلى الفراش إلا وقت النوم ، وإذا لم يدركه النوم بعد خمس دقائق عليه أن يهبط من الفراش ويمارس بعض الألعاب .

• تغيير مكان النوم خاصة إذا كان المكان الأول يبعث على الخوف ويؤدي إلى الأرق .

ب- أما بشأن الطفل الذي يتجول في أثناء النوم فيمكن اتباع ما يلي :

• لا بد من أن يُقَادَ الطفل الذي يعاني ليلاً إلى سريره .

• إعطاء الطفل الذي يتقبل الإيحاء بشكل كبير ، إيماءات مباشرة بأنه سوف يستيقظ بمجرد ملامسة قدميه للأرض في أثناء الليل .

• يخلو من ربط أجراس في باب غرفة الطفل الذي يتجول ليلاً .

• في حالة المشي الحاد في أثناء النوم « مرة إلى أربع مرات أسبوعياً ولفترة طويلة » يمكن استخدام دواء إيسبرامين (Imipramine) ١٠ - ٥٠ ملغم وقت النوم .

ج - في حالة الفزع الليلي والكابوس :

• فمن طرق الوقاية في هذه الحالة ينصح أن تكون الساعة التي تسبق النوم هادئة ، ويتم تجنب مشاهدة التلفزيون والنقص المثيرة ، والألعاب الحسنة . كما أن الابتعاد عن الأصوات العالية والصاخبة يكون ضرورياً أثناء النوم .

• كما أن الدعم الوالدي للطفل وتطمينه حين تعرضه للكابوس أو الفزع الليلي ضروري ، حيث يحمل ويطمئن . ومن الضروري البقاء مع الطفل حتى تنتهي النوبة مما يؤدي إلى نوم هانئ فيها بعد .

• كما أن استخدام العقاقير مفيد أحياناً لوقف حدوث نوبات الفزع الليلي مثل : دواء Diazepam و Imipramine .

• كما أن إزالة الزوائد الأنفية في حالة وجودها ضروري لإبعاد الطفل عن حالة الفزع الليلي والكابوس .

• ولا بد من السماح للطفل بالتنفس من انفعالاته من خلال اللعب ، لتحرور من مخاوفه وقلقه ، وذلك من خلال تمثيلية مسرحية أو تمهيلية الدمى والتغلب على الأشياء المخيفة بالتفوق عليها .

ثانياً : المشكلات المتعلقة بالطعام (التغذية) Problems Eating

مفهوم المشكلة ومظاهرها :

إن عادات الأكل كثيرها من العادات تحتاج إلى تدريب صحيح في الوقت المناسب ، وهي من أولى العادات التي تتطلب الانتباه والرعاية من قبل الوالدين . ذلك أن الكثير من العادات السيئة التي يكتسبها الفرد في طفولته وثيقة الصلة بعاداته في المراهقة وخاصة في عادات الأكل والنوم والإخراج ، ويمكن أن تكون أولى الصعوبات التي تواجه الأم صعوبة مزجوجة هي : تقديم الغذاء المناسب للطفل حديث الولادة ، وتكوين عادات حسنة لتناول هذا الغذاء في الوقت المناسب .

لهذا لا بد للوالدين أن يعيروا أهمية كبيرة ، وفهماً دقيقاً في كيفية التعامل مع الطفل في أثناء وجبات الطعام اليومية ، إذ لا يمكن ضمان الصحة النفسية والبدنية للطفل إذا كان هناك شلوك في تناول الطعام ، ووجود انفعالية من قبل الوالدين سواء بالكلام أو بالفعل ، أو إصراف في رعاية الطفل .

فكثيراً ما تجلب انفعالات الآباء وصايتهم انتباه الطفل ، وتبعث عنه شعوراً بالقوة ، توحي له أن ساعة تناول الطعام فرصة مناسبة لاجتذاب الانتباه إليه والاهتمام بأمره ، وهذا ما يغيب عن الأم تماماً . فبسبب هذه يجعل الأم تجلس لإطعامه مثلاً لو نقص عليه بعض القصص ، أو تفرقه وترشوه ليأكل ، أو تهدده وأحياناً ما تجمع عناءها حنقاً وغضباً . وهذا ما يحدث عند الطفل الرضا والراحة دون أن يكون عارفاً بالعوامل التي تدفعه إلى سلوكه هذا

وهذه الظروف التي تتعلق بإطعام الطفل وما تجره من مشاكل تكون أحياناً عامة ولا تخلو منها طبقة اجتماعية ، ولكنها أكثر ظهوراً عند أبناء المترفين الأثرياء ، خاصة عند من يكون أمر تربية أبنائهم موكلاً إلى المربيات .

ونريد التأكيد أنه من الصعب وضع معايير دقيقة لغذاء الطفل ، إذ أنه ليس من الضروري أن يكون لكل الأطفال من عمر واحد وزن واحد ، ولن ينجم أي ضرر إذا أخفقنا فيها نسميه « معايير الطعام » أو إذا رفض الأطفال أحياناً وجبة أو اثنتين من وجبات الطعام .

وأكثر المشكلات المتعلقة بتغذية الطفل شيوعاً ما يلي :

أ- ضعف الشهية للطعام :

من الطبيعي أن يثير ضعف شهية الطفل للطعام انزعاج الوالدين وقلقهما ويحسود على جانب كبير من اهتمامهما ، وعند بحث هذه المشكلة لا بد من معرفة لها إذا كان ضعف الشهية للطعام دائماً أم مؤقتاً .

فإذا كان دائماً فإن ذلك يعزى إلى عوامل مزمنة ، أما إذا كان مؤقتاً فذلك يعود إلى عوامل طارئة . كما يجب معرفة فيما إذا كان فقدان الشهية للطعام فجائياً أم تدريجياً ، إذ أن فقدان الفجائي للشهية غالباً ما يكون مصحوباً بأعراض مثل ارتفاع درجة الحرارة أو التقيؤ أو الغضب أو الحزن . . . إلخ .

كما يجب معرفة فيما إذا كان ضعف الشهية عاماً يتناول جميع المأكولات ، أم خاصاً يتناول البعض دون الآخر . وكذلك معرفة فيما إذا كان ضعف الشهية للطعام يظهر في جميع المناسبات أو في مناسبات معينة كالأكل المنفرد ، أو الأكل على مائدة غير متنوعة الأصناف وما إلى ذلك .

يظهر ضعف الشهية للطعام على شكل ثلث : أو البطء في تناول الطعام أو انعدام الرغبة فيه .

الأسباب :

هناك أسباب عديدة تكمن وراء ضعف الشهية للطعام منها :

أ - أسباب عضوية :

هناك صلة وثيقة بين النشاط الغدقي العام ، وتمثيل الطعام والقدرة لآخذه . فالصلة وثيقة بين الحياة الجسمية والحياة النفسية للطفل . كما أن إصابة الطفل بأمراض الفم والأسنان والجلهاز الهضمي يمكن أن تسبب نفور الطفل من الطعام أو تضعف شهيته له . وهناك فوق هذا بعض الخصائص الجسمية العامة التي تصاحب عادة فقدان أو ضعف الشهية للطعام ، فصاحب الجسم الطويل الرفيع يكون قليل الشهية للطعام ، بخلاف صاحب الجسم الواسع الشحين .

وقد وجد أحد الباحثين أن ٨٢ ٪ من الأطفال قليلي الشهية للطعام من النوع الرفيع الطويل . ولذا فإن هذه الأسباب تستدعي على أية حال فحصها جيداً ، وتحديد الدور الذي تلعبه .

ب - أسباب نفسية :

تتأثر القناة الهضمية المعوية تأثراً شديداً ومباشراً بالانفعالات ، وقد أثبتت البحوث الفسيولوجية أن جهاز الهضم لا يقوم بإداء عمله أو يؤديه بشكله ناقص في أثناء الانفعالات الشديدة . فالعصارة الهضمية يقل إفرازها أو يقف ، كما تعطل العمليات اللازمة للهضم في أثناء الانفعالات . وقد وجد أن الكثير من الأمراض المعوية والمعوية تكون نفسية المنشأ . أي ناشئة عن حياة انفعالية مضطربة ، مثل أمراض القرحة المعوية ، والتهاب القولون . كما أن الطفل يفقد شهيته للطعام في أثناء ثورات الغضب ، والحزن . لذا لا بد للوالدين من تأجيل

وجبة طعام الطفل إذا كان في حالة انتعالية شديدة حتى يبدأ .

كذلك فقد يكون فقدان الشهية للطعام أو ضعفها عند الطفل أحياناً حيلة شعورية أو لا شعورية لعقاب الوالدين ، أو لعقاب الذات .

فإذا أذنب الطفل فقد يعاقب نفسه بالإقلاع عن الطعام . كما أنه إذا عوقب من والديه يقطع أيضاً عن الطعام عقاباً لوالديه ولنفسه في الوقت نفسه

وقد يكون فقدان الشهية للطعام أو ضعفها وسيلة لجذب انتباه الآخرين له « الوالدين » فهذا الضعف للشهية يثير حوله اهتماماً خاصاً من والديه لا يحصل عليه عادة دون هذا الإجراء . كما أنه وسيلة للسيطرة عليها .

ج - أسباب اجتماعية :

تأخذ عملية إطعام الطفل طابعاً مقدساً عند بعض الأسر في الطبقات الوسطى والعليا ، حيث يوافق إطعام الطفل أحياناً بتصفيق وتهليل ، ومرد قصص مختلفة ، ورشوة الطفل باللعب ومنحه بعض الجوائز لإخراجه على الأكل مما يؤدي في النتيجة إلى إغراض الطفل عن الطعام وتقززه ونفوره منه .

وبنتيجة اهتمام الأسرة البالغ فيه في إطعام الطفل تزداد المشكلة تعقيداً خاصة عندما تصح مشكلة مزمنة وأكثر حدة بسبب الصراع والتوتر الناجم عن ذلك . فنجو الأسرة المتوتر لا يساعد على الأكل بشكل مناسب ، كما تصبح رغبة الطفل في إنهاء الوجبة بأي شكل هو الحل الوحيد عند الطفل . وقد يكون الآباء الذين يمثلون نموذجاً بالسبة إلى الطفل هم السبب المباشر لسلوك أبنائهم . فإذا كان الأب يصرح بما يجب وما لا يجب من الطعام وكذلك تقرر الأم بالأسلوب نفسه فإن ذلك ينعكس على الطفل ، حيث يظهر في أكله أشكالاً من التأنف والمفاضلة ويكون هذا قائماً بأكمله على التقليد . كما أن انتقار الأفعال إلى التعليم المناسب بشأن عادات الطعام وعدم التعزيز في حالة الأكل المناسب من الأسباب التي تسبب الإغراض عن الطعام .

٢٠ - القى :

يُعتبر القيء من أكثر الأعراض شيوعاً عند الطفل نظراً لحساسيته الحسية والنفسية ، إذ يحدث ذلك مع أي ارتفاع في درجة الحرارة ، والزلزلات المعوية ،

والحميات المحتملة . لذا لا بد لنا من التأكد من اختفاء هذه الأعراض قبل البحث عن الأسباب النفسية التي تسبب القيء وأن نقب بشكل دقيق عن أسباب التورب الانتعالي لديه ، والتأكد فيما إذا كان القيء عارضاً أو متكرراً، وفيما إذا كان مرتبطاً بمسألة معينة أم عاماً .

الأسباب :

بالإضافة إلى الأسباب العضوية والتي ذكرت مقدماً ، يمكن إجمال أهم أسباب القيء عند الطفل بما يلي :

١ - التهديد والعقاب : إن الأم بعد أن استنفدت جهودها في إغراء الطفل بالطعام ، تلجأ إلى هذا الأسلوب وترغم الطفل على الطعام ، وقد تنجح أحياناً في ذلك ولكن في هذه الحالة تكون العملية الفسيولوجية المتعلقة بالمضم قد أصابها الاضطراب ، والذي نتج عن شدة الموقف الانتعالي الذي أحاط بالطفل ، مما يؤدي بالطفل إلى قذف الطعام قذفاً لا إرادياً .

٢ - وقد يكون القيء جانبياً في حيلة مصطنعها الطفل لاجتناب الرعاية من أم تباليغ في الشفقة عليه وتسرف في ذلك كما يكون حيلة حلاهة للتعبير عن احتجاجه ونفوره ونقززه من بعض الظروف الأسرية .

٣ - تعاسة الطفل ، وعدم حصوله على الحنان الكافي من والديه ، وكذلك نزاعه المستمر مع إخوته والذي تكون نتيجته الغلبة على أمره .

٤ - الكبت والحرمات والإحباط لدوافع الطفل ورغباته ، وحرص الوالدين على حجزه بالمنزل وعدم اختلاطه بالأطفال الآخرين .

٥ - وأحياناً يحدث القيء عند بعض الأطفال مرهفي الحس ، إذ أن مشاهدتهم أو سماعهم لغيرهم يقيثون ، سرعان ما ينفذون بالطعام من أفواههم . وفي هذه الحالة يحدث القيء كتقليد للآخرين . لذا لا بد من التنبيه بالالتزام بالمرقة في أثناء القيء من قبل الأم أو غيرها من الكبار .

٣ - الشراة :

تعتبر الشراة في تناول الطعام من المشكلات التي ينتل أن يشكو منها الإنسان، وهذه المشكلة تبدو بصور مختلفة . فقد يأكل الطفل أكثر مما يحتمل دون

أن يحسن مضغه . والشراسة تكون عامة ، وقد تكون خاصة تظهر في مناسبات معينة دون غيرها . فبعض الناس ينظر إلى الطعام كنوع من الهواية والتي يصرف فيها وقته وماله .

الأسباب :

١ - الأسباب الجسمية : فقد تكون الشراسة ناتجة عن إصابة الطفل بالديدان المعوية التي تسبب له الحاجة المستمرة إلى تناول الطعام . كما قد تكون الشراسة ناتجة عن اضطراب في الغذاء عند الطفل مما يشعره بالحاجة الملحة إلى تناول الطعام .

٢ - وقد تكون الشراسة مصدراً للشعور بالرضا النفسي : لأن أكل كمية كبيرة من الطعام يعوض الشعور بالحرم ، ويؤدي إلى شعور بالسوى والعزاء من خلال الطعام . ويرى أصحاب مدرسة التحليل النفسي أن الشراسة هي تثبيت لمرحلة اللذة الذاتية المرتبطة بالفم ، والتي غالباً ما ترجع في أصلها إلى مشكلات مرتبطة بعملية الرضاعة .

٣ - كما قد تكون الشراسة وسيلة دفاع وحماية للذات من الأشياء التي يدركها الطفل حل أنها مصدر خطر . لذا فإن فقدان الشعور بالأمن والذي يظهر في حالات فقدان حب الآخرين ، والشعور بالاكتئاب يشعر الطفل بالحاجة الملحة إلى تسلية النفس عن طريق الأكل والشراسة فيه .

٤ - ومن أسباب الشراسة الإفراط في التعلم في الطعام : فالكثير من الأطفال يكتفون من الطعام لإرضاء آباءهم ، لأن الآباء يعتقدون أن الأطفال البدينين أكثر صحة وأوفر سعادة ، كما أن التعزيز الإيجابي للبناء بالإكثار من الطعام يؤدي إلى تأصل هذه العادة مثال : « كل أكثره أو الابتسامه والمديح . كما أن تعلم الشراسة يكون بتقليد الوالدين البدينين اللذين يقدمان نموذجاً لأبنائهما .

الوقاية والعلاج :

١ - لا بد من العلاج الطبي للأمراض الموجودة عند الطفل والتي قد تكون سبباً في ضعف الشهية للطعام مثل أمراض الفم والأسنان والجهاز الهضمي .

٢ - عدم إكراه الطفل على تناول الطعام ، وتجنب الوجبات الطويلة حتى لا تُسبب الملل للأطفال ، ومن الضروري رفع الوجبة بعد نصف ساعة بشكلٍ ودي مع القول : « أعتقد أنك لست جائعاً اليوم » . كما يجب تجنب إصارة الاهتمام لقلة الأكل عند الطفل ، إذ أن ذلك يبرز مشكلات الطفل المتعلقة بضعف الشهية وزيادتها .

٣ - تجنب المخادير الكبيرة من الطعام ، إذ من المفضل إعطاء كميات قليلة من الطعام للطفل ، مثلاً : نصف كوب حليب ، أو قطعة صغيرة من الخبز ، إذ أن ذلك يؤدي بالطفل إلى طلب المزيد حين الحاجة .

٤ - تجنب تناول مأكولات خفيفة بين الوجبات من قبل الطفل فلذلكولات الخفيفة تقلل الشعور بالشهية . وفي هذه الحالة يمكن وضع الطعام في خزانة غمغ وصول أيدي الأطفال إليها . ومن الضروري تقديم الطعام في أوقات منتظمة .

٥ - ومن الضروري أيضاً تجنب الصراعات ، والتجادلات ، والإحباطات في أثناء وجبات الطعام . فليس من الضروري أن تحاصر على الطفل حول أهمية الأكل وتقول : « أرجو أن تحب هذا مثلاً ، وليكن لديك توقع هادئ بأن الأطفال سوف يأكلون ما يُقدم لهم . كما يجب تجنب الإثارة الانفعالية في أثناء الطعام وأمام الأطفال .

٦ - وللأناقة في تقديم الطعام فضل كبير في فتح شهية الطفل ، فقد يجذب انتباه الطفل أن يكون له مائدة صغيرة ، وأطباق خاصة ، وأن يؤذن له بالجلوس بجانب أمه . ومن المفضل أن يعرف الطفل أنه إذا نعلم كيف يأكل يهدو ويشكل لائق ، يسمح له بالجلوس مع الكبار إلى المائدة .

٧ - لا بد من تقديم الطعام في أوقات جدابة للطفل وسارة وهادئة . ومن الضروري أن تكون وجبات الطعام مناسبة لاجتماع الأسرة في جو سار وممتع ، مما يشكل خبرة إيجابية دائمة لعملية الأكل عند الطفل .

فالأكل ينبغي أن يكون متعة وليس معركة يكره الأطفال على الأكل خلالها . لذا فإن اتجاه الراشدين الذي يتصف بالاسترخاء وعدم الضغط ، يعد عنصراً أساسياً ، إذ أن تقديم الطعام بشكل عرضي وبدون الحاح يبعث

على الاسترخاء ومؤدى إلى عادات أكل جيدة ومنع تطور المشكلات ،
التحقير والتأنيب والنقد لعادات الطفل في أثناء الطعام ينبغي تجنبه بشكل
تام .

٨- ومن الضروري إشراك الأطفال في انتقاء الطعام ، وإعداده في سن مبكرة ،
وأن يستمر خلال فترة المراهقة . لذا لا بد من إشراك الطفل في شراء المواد
الأولية للطعام ، وأن يشترك بشكل أولي بأخذ رأيه في الطريقة التي يفضل
طبخها . كما أنه بالنسبة إلى الطفل الصعب إرضاءه صنع نماذج مختلفة من
الطعام ليصبح أكثر جاذبية إلى الطفل (طائفة ، قلم ، ...) كما يمكن
تقديم حصص نية مع الوجبة ، وأن تقدم الأطعمة غير المرغوبة بخلطها
مع أطعمة مرغوبة .

وبالنسبة إلى الأطفال اللين لا يرغبون في تناول وجبة الإفطار يمكن جعل
هذه الوجبة مغرية لهم .

ثالثاً : التبول اللاإرادي Enuresis :

مفهوم التبول اللاإرادي ومظاهره :

يُقصد بالتبول اللاإرادي تكرار نزول البول لاإرادياً في الفراش من قبل
الطفل في سن المراهقة فما فوق . أو عدم قدرة الطفل العادي على التحكم في
عملية التبول في سن يتظر فيه أن يكون قد تعود على ضبط جهازه البولي .

وهذه الظاهرة تشير إلى ضعف قدرة الطفل على ضبط عمليات المثانة وعدم
قدرته على التحكم فيها حتى يذهب إلى الحمام وإفراغ المثانة إرادياً . ويرى بيلر
Biller (١٩٧٥) أن التبول اللاإرادي « حالة من التفرغ اللاإرادي للمثانة ليلاً
عند طفل يزيد عمره عن ثلاث سنوات ونصف بمعدل لا يقل عن مرتين في
الأسبوع من غير أن تظهر هذه أسباب عضوية واضحة » .

وحالة التبول اللاإرادي كثيرة الشيع عند الأطفال الذين يعانون من بعض
المشاكل العاطفية والانفعالية ، كما تظهر عند غيرهم ممن لا يعانون من هذه
المشاكل . وقد يكون التبول اللاإرادي في الليل وقد يكون في النهار وقد يكون في
الليل والنهار . وقد يكون التبول اللاإرادي معصلاً أي منذ الولادة ، وقد يكون

منقطعاً ، فقد يحقق الطفل نجاحاً لمدة ثلاثة أشهر في انقطاعه عن التبول اللاإرادي ، إلا أنه يعود إلى التبول اللاإرادي مرة أخرى . وتشير الدراسات إلى أن معظم الأطفال (٨٠ ٪ منهم) ، من نوع المتبولين لاإرادي بشكل متصل . . . كما أظهرت الدراسات أن حوالي ٢٥ ٪ ممن يتبولون لاإرادي في الليل تظهر عندهم هذه المشكلة في النهار .

وإن نسبة الأطفال الذين يتبولون لاإرادي تتناقص تدريجياً مع تقدمهم في العمر . وتشير البيانات إلى أن كل واحد من كل أربع حالات ما بين الرابعة والخامسة من العمر ، وأن ١٢ ٪ من الأطفال ما بين السادسة والثامنة من العمر ، وأن ٥ ٪ من أطفال سن العاشرة إلى الثانية عشرة ، و ٢ ٪ من صغار الراشدين يعانون حالات التبول اللاإرادي بين الحين والآخر في مراتهم . كما بينت الدراسات أيضاً أنه في عمر الثالثة تصل نسبة الأطفال الذين تعلموا ضبط التبول ليلاً إلى ٧٥ ٪ ، وفي سن الخامسة تكون النسبة العظمى منهم قد تعلمت ضبط التبول الليلي ، ويبقى حوالي ١٠ ٪ منهم يعانون من المشكلة ، وتتناقص هذه النسبة سنوياً .

ويرى كمال (١٩٨٣) أن التبول اللاإرادي الليلي ليس إلا عادة طبيعية في السنة الأولى من العمر ، وأن هذه العادة تقل تدريجياً مع التقدم في العمر ، ويشير أيضاً إلى أن حوالي ٨٩ ٪ من الأطفال تتوقف عندهم هذه العادة في نهاية السنة الثالثة ، وتستمر عند البعض الآخر .

ويعاني من هذه المشكلة حوالي ١٣ - ٢٥ ٪ من أطفال الصف الأول الابتدائي . وأظهرت الدراسات (عكاشة ، ١٩٧٦ م) أن هذه المشكلة تنتشر بين الذكور أكثر منها عند الإناث . وبينت دراسة كاوفمان Kauffman (١٩٨١) أن نسبة من يعانون من هذه المشكلة من الذكور هو ضعف النسبة عند الإناث . والجدير بالذكر أن حالات التبول اللاإرادي لا تعتبر مشكلة إذا ما حدث ذلك في الطفولة المبكرة (أي قبل ثلاث أو أربع سنوات) . أما إذا استمرت بعد هذه السن فلاها تعتبر حالة مرضية .

وأظهرت الدراسات Kauffman (١٩٨١) ، و Schaefer (١٩٧٩) أن تبليط الطفل لفرائه بعد الخامسة من العمر مرات قليلة ليس مشكلة (لأن

العرض لم يتكرر) فمن الملاحظ أن بعض تلاميذ الروضة والابتدائي يتبولون في ملابسهم أحياناً ، لعدم معرفتهم بمكان الحليم أو الخوف أو الخجل من استئذان المدرّسة أو لانشغالهم باللعب . كما قد يتبول البعض لاإرادياً ليلاً نتيجة حلم مزعج أو بسبب التعب وعلة النوم . وتشير الدراسات Schaefer (١٩٧٩ م) ، و Berg (١٩٧٩) أن حوالي ٧٥ ٪ من الحالات (التبول اللاإرادي) تُعاني من تبول ليلي ، ٢٠ ٪ من تبول ليلي ونهارى و ٥ ٪ من تبول نهارى فقط .

أسباب التبول اللاإرادي :

صُرّفت مشكلة التبول اللاإرادي منذ أقدم العصور ، واهتم الإنسان بدراستها منذ حوالي ٣٠٠٠ سنة . وكان الليل الغالب آنذاك أن سبب هذه المشكلة ، حلول أرواح شريرة بأجسام الأطفال مما أدى إلى سوء معاملتهم بالضرب وكبهم بالخلد والنثر لإرغام هذه الأرواح على الخروج من أجسامهم .

وأشارت الدراسات الأنثروبولوجية أن بعض القبائل البدائية في جنوب إفريقيا تعتقد حتى الآن أن تبول الأطفال لاإرادياً سببه وجود دم فاسد و Bad Blood ، في أجسامهم ، ويعالجونهم بفتح ثقب في أعلى الصدغ لفصد هذا الدم .

وفي القرن التاسع عشر ساد الاعتقاد الذي يرى أن سبب التبول اللاإرادي عضوي حيث يكون نتيجة ضعف في المثانة أو أمراض في المسالك البولية والكليتين وعالجوها بالأدوية والمقاقير الطبية .

أما في القرن العشرين فقد زاد الاهتمام بهذه المشكلة واتجه النظر إلى الأسباب النفسية والاجتماعية بالإضافة إلى الأسباب العضوية . وتجمع الدراسات على تصنيف أسباب التبول اللاإرادي إلى ما يلي :

١ - أسباب عضوية وراثية :

حيث نجد أن بعض من يعانون من مشكلة التبول اللاإرادي يظهر لديهم خللٌ في الجهاز البولي ، إما بسبب الوراثة أو بسبب الأمراض التي تصيبه « أي التي تصيب الجهاز البولي ، مثل التهاب مجرى البول ، أو وجود حصوة في إحدى الكليتين أو المثانة أو الحالب » أو نتيجة الإصابة بأمراض أخرى مثل التهاب

المستقيم ، ومرص السكري ، والإسك وسوء الهضم .

وأكدت الدراسات أن الأطفال الذين يُعانون من تبولٍ لاإرادي متصل يكون لديهم عدم نضج كافي لميكانيكية السيطرة على المثانة .

وتراوح التقديرات لوجود أسباب عضوية لهذه المشكلة ، مثل : التهاب القناة البولية ، واضطرابات بنوية في الجهاز البولي كحصص حجمة المثانة أو اتساع فوهة المثانة ، ما بين ١ - ١٠ ٪ . وكثيراً ما يرتبط التبول اللاإرادي بوجود البول الحمضي المركز ، ويبدان في الشرح . . .

وتشير بعض الدراسات « Pray » إلى أن مشكلة التبول اللاإرادي مشكلة وراثية بدليل أن آباء الأطفال المتبولين لاإرادياً كانوا يُعانون من هذه المشكلة بنسبة ٣٢ ٪ آباء ، و ٢٠ ٪ أمهات . وأيد « Katter » ذلك فوجد أن ٥٢ ٪ من أسر هؤلاء الأطفال هم فرد أو أكثر كان يُعاني من التبول اللاإرادي في صغره أو لا يزال يُعاني منه (عودة ، وآخرون ، ١٩٨٤) . ويرى إسحاق Eisan (١٩٧٧) أن ما يقارب ثلاثة أضعاف حالات التبول اللاإرادي موجودة بين آباء الأطفال المتبولين لاإرادياً منها بين آباء الأطفال غير المتبولين لاإرادياً عندما كانوا أنفسهم أطفالاً .

ولكن القول بوراثة التبول اللاإرادي قول ضعيف علمياً حتى الآن . إذ لا يوجد دليل علمي يدل أن التبول اللاإرادي ينتقل عن طريق المورثات ولا عن طريق جرثومة مرضية . لكن الإحتمال الأكثر ليولاً في وراثة التبول اللاإرادي هو وراثة الأطفال الذين يُعانون من هذه المشكلة ، لخصائص فسيولوجية (استمدادية) تؤدي إلى تأخر نضج المثانة وضعف العضلة القابضة .

ب - أسباب انفعالية - نفسية :

في معظم الحالات يعود التبول اللاإرادي إلى عوامل نفسية ، انفعالية ، فقد تظهر هذه المشكلة عند الطفل نتيجة ولادة مولود جديد في الأسرة مما يشعر الطفل بالغيرة نتيجة تركيز الأم عايتها على الطفل الجديد وإهمالها للطفل السابق ، فيتكون القلق عند هذا الطفل ويمكن أن يظل ثابته أو فراه . ويرى « فرويد » في تفسيره للتبول اللاإرادي على أنه عرض تكويسي يدل على ما يُعانيه الطفل من صراع نفسي لم يحل نتيجة ما يدركه من تحول الوالدين عنه إلى العناية بأخيه الأصغر ، ويعتقد أنه مهدد بفقدان جهاها له ، مما يؤدي إلى ظهور هذه

المشكلة لديه لجذب انتباهها إليه ، فإذا ما تحقق ذلك استمر في تبلييل الفرائش ليحصل على مزيد من الاهتمام ورعاية الوالدين (Books ١٩٧٣ م ، عن عودة ١٩٨٤ م) .

كما يرى كولب Kolb (١٩٦٨) وكوران وبلرتزج وستوري Curran, Par-tridg & Story (١٩٧٢) ، وكذلك Kauffman (١٩٨١) أن التبول اللاإرادي هو عدوان رمزي . فالطفل العدواني يميل إلى التبول اللاإرادي .

ويرى أصحاب نظرية التحليل النفسي أن الطفل الذي يشعر بقسوة البيئة عليه ولا يجد ما يفرحه فيها ، ويغضب منها ، يحقد عليها ويحضرها ويبول عليها .

كما أن انتقال الطفل من مرحلة إلى أخرى وما تتطلبه تلك المرحلة الجديدة من سلوك يصعب التكيف معه من قبل الطفل مثلاً عندما يذهب الطفل إلى المدرسة لأول مرة مما يؤدي إلى ظهور هذه المشكلة لديه .

كما أن الخوف سواء أكان من الظلام أو الحيوانات المفترسة أو من التهديد ، أو لسبب قصة مزعجة من شأنه أن يؤدي إلى التبول اللاإرادي . بالإضافة إلى ذلك فالعلاقات الأسرية المضطربة التي تهدد أمن الطفل تؤدي إلى هذه الحالة .

ويرى كولب Kolb (١٩٦٨) أن ممارسة العقاب على الطفل يؤدي إلى ظهور هذه الحالة لديه ، حيث يقوم الطفل هنا بسلوك انتقامي من الذين يمارسون العقاب وينسبون عن غضبهم .

وتشير الدراسات أيضاً Kauffman (١٩٨١) إلى أن التبول اللاإرادي عرض لاضطراب في شخصية الطفل ، وتأييد ذلك أن الطفل الذي يبلل فراشه يعاني من مشاكل نفسية كثيرة منها : مص الأصابع ، وقضم الأظفار ، وأحلام اليقظة ، والشرد الذهني ، والانطواء ، والتأناة ، والخوف ، والانتكالية . كما وجد بيرفري Beverly أن الآباء يصفون أطفالهم الذين يبللون فراشهم بالعصبية وسرعة الغضب وسرعة البكاء . وفي دراسة أخرى (جودارد ، ١٩٧٧) وجد أن معظم هؤلاء الأطفال منطرون على أنفسهم ، وسليبيون ، ويخافون من اللعب النشط ، ولا يؤدون أي عمل بجدية ، وتحصيلهم الدراسي أقل من مستوى قدراتهم الذهنية .

ويرى البعض ارتباط التبول اللاإرادي بمستوى الذكاء . إذ من المتوقع أن تكون عملية ضبط التبول أكثر بدياً عند الأطفال المتخلفين عقلياً منها عند الأطفال ذوي المستويات السوية في الذكاء (الربحي ، ١٩٨١)

ج - أسباب اجتماعية :

تُعتبر الظروف الاجتماعية التي يعيش فيها الطفل أحد الأسباب الرئيسية للمسؤولية عن مشكلة التبول اللاإرادي عند الطفل . فكمرة عدد الأطفال في الأسرة والذي ينجم عنه نقص في تدريب الطفل على ضبط المثانة بشكل مبكر تركز العوامل النفسية والجسمية والتي تسبب التبول اللاإرادي .

لذا فإن أصحاب نظرية التعلم يرون أن اكتساب عادة التحكم بالمثانة سلوك متعلم ورائد في اكتسابه يعود إلى أخطاء في التدريب عليه . فالطفل الذي يفشل في ضبط عمليات المثانة حتى سن السادسة وما بعدها إما أن يكون والداه قد أهملوا في تدريبه أو علمه بطريقة خاطئة (Kauffman ١٩٨١ م) ، ص (عودة وآخرين ، ١٩٨٤ م) .

ـ كما أن القسوة في المعاملة ، وحرمان الطفل من حنان الوالدين ، وشعوره بعدم الأمان وعدم الثقة فيمن حوله يؤدي إلى التبول اللاإرادي .

ـ كما أن التذليل الرائد لا يقل أثراً من القسوة في المعاملة من قبل الوالدين ، إذ أن ذلك يؤدي إلى نموه متعوقاً على الأخذ دون العطاء ، انكالياً في كل شيء ولا يستطيع أن يحل صراعاته بنفسه مما يؤدي به إلى النكوص والارتداد والتثبيث .

ـ كما أن إثارة الغيرة والمناقشة بين الأشقاء ، أو بين التلاميذ في الفصل الواحد ينمي عندهم الشعور بالحقد والغضب والإحباط والصراع والقلق مما يجعلهم مهينين للتبول اللاإرادي كحيلة دفاعية لحل صراعاتهم أو لإثارة الانتباه إليهم .

ـ ويخطئ الوالدان عندما يعاملان الطفل بقسوة حين تبليبل فرائضه مما يؤدي إلى تعقيد المشكلة ، ويطيل استمرارها . كما يخطئ الوالدان أيضاً عندما يحبطان هذه العملية بصرية نامة ، كأن هذه المشكلة من العيوب اللخلة مما يشعر الطفل بالحجل والندب والقلق وتتعدد المشكلة أكثر .

— كما أن للمخلفات الأسرية دوراً كبيراً في تلحق نسبة كبيرة من الأطفال في صبط الثالثة لديهم . فتهديد الأب للام بالطلاق ، وتهديد الأم للاب بترك البيت على أسباع الطفل ، يؤدي إلى زعزعة ثقته بنفسه ويتوقع الحرمان في كل حين ، مما يجعله يحس بعدم الأمن والأمان مع الأسرة ، ويشعر بالقلق والصراع ، مما يؤدي به إلى الكرمس والتثيت في عملية صبط الثالثة ، وظهور التبول اللاإرادي عنه .
علاج التبول اللاإرادي :

أولاً - العلاج الطبي :

ويعد التأكد من سلامة الطفل جسدياً تعالج مشكلته على أنها حالة تبول لاإرادي وظيفي ، وذلك باستخدام العلاج النفسي . ومن أهم أساليب العلاج النفسي في حالات التبول اللاإرادي ما يلي :

أ - العلاج بالاستبصار :

يقوم هذا النوع من العلاج على أسس تبصير الطفل بمشكلته وأسبابها وتصبره بصراعاته النفسية ليتمكن من حل الصراعات ومواجهة الإحباط .
علاج التبول اللاإرادي :

لا بد من علاج الطفل الذي يعاني من التبول اللاإرادي طبياً إذا كانت أسباب مشكلته تتعلق بالساحة العضوية . ومن المتوقع أن يكون تجاهب الطفل مع العلاج الطبي سريعاً إذا كان سبب التبول اللاإرادي عضوياً ، ويكون العلاج الطبي باستخدام الأدوية ، أو اللجوء إلى العمل الجراحي أحياناً . ويذكر كوران وآخرين Curran, et al (١٩٧٢) أن استخدام الدواء ضروري في الحالات التي تعاني من نوم عميق ، كما يمكن استخدام الأدوية المفعلة للجهاز السمبثاوي والتي تخفف من النوم العميق مثل « البيلادونا » و « اللاتالين » وهذه الأدوية تزيد من قدرة المثانة على الاحتفاظ بكميات كبيرة من البول . كما يمكن استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب مثل « التوفرانيل Tofranil » و « التريزينول » ، بكميات تتراوح بين ٢٥ - ٨٥ ملغم يومياً وتكون هذه العقاقير مضادة للأعصاب الباراسمبثاوية ، وتقوي الأعصاب السمبثاوية وتقلل من القلق والاكتئاب الذي يعاني منها الطفل ، وتساعد على تشكيل الفعل المنعكس الشرطي وهو اللحظة عند امتلاء المثانة بالبول . وفي هذه الحالة لا بد من استمرار العلاج لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر للتأكد من سلامة الفعل المنعكس الشرطي الجديد (عكاشة ، ١٩٧٦)

والمخاوف بأساليب مباشرة .

كما يعمل المعالج على تنمية ثقة الطفل بنفسه وتحسين علاقاته بنفسه وبالأخرين ، وإلى تنمية دوافعه لاكتساب السلوك المقبول في عمليات الإخراج ، وغرس الثقة بإمكاناته وقدرته على التخلص من هذه المشكلة ، وذلك لضمان استمرار إقباله على العلاج .

ولا يقتضي المعالج تبصير الطفل بحالته ، بل يعمل على توجيه عنايته الوالدين والمحيطين بالطفل من أخوة ومدرسين ، وتبصيرهم بالمشكلة ، وأسبابها ومسؤولياتهم في العلاج حتى يشعر الطفل بالأمن والطمأنينة والتقبل ، ويدرك مكانته وكفاءته مما يخفف عنه مشاعر القلق والذنب .

ب - العلاج السلوكي :

يُعتبر هذا العلاج من الأساليب الحديثة في علاج التبول اللاإرادي . وتقوم فكرة العلاج السلوكي على أساس أن الطفل قد اكتسب هذه المشكلة نتيجة عدم تدريسه الصحيح على عمليات الإخراج . ويتفاد هذا النوع من العلاج إلى إعادة تربية الطفل صاحب المشكلة ، وتدريبه بطريقة صحيحة . وقد ثبت نجاح هذا الأسلوب في علاج كثير من الأطفال ، بجهود قليلة ووقت قصير ، ودون أن يكون له آثار جانبية سيئة . وأهم طرق العلاج السلوكي في علاج حالات التبول اللاإرادي ما يلي :

١ - التعلم الإجرائي :

وهذه الطريقة ترتبط باسم « سكينر » في التعلم الإجرائي منذ عام ١٩٥٠ ، والتي استخدمت في علاج حالات التبول اللاإرادي . كما سُميت هذه الطريقة طريقة التعزيز الإيجابي ، وتقوم على أساس تدريب الطفل على عمليات ضبط المثانة بتعزيز السلوك المقبول وعدم تعزيز السلوك غير المرغوب فيه حتى يتعلم الاستجابة الصحيحة ، وتخفي المشكلة . ومن أهم أساليب التعلم الإجرائي ما يلي :

أ - لوحة النجوم Star Chart :

ويكون بالطلب إلى الطفل الاحتفاظ بسجل الأيام المبللة والليالي

الجافة . . . ويتم إبراز الليالي الحافة على اللوحة بوساطة نجوم ذهبية ، وأن يُعطى الطفل مكافأة على الليالي الجافة كان يقضي الوالد معه فترة إخصابية من الوقت عند كل مرحلة من التحسس ، ويقوم الوالدان بالثناء على الطفل . أما بالنسبة إلى الليالي للسلطة فيتجاهل الأبووان ذلك .

وقد وُجد أن لوحة النجوم فعالة مع صغار التبولين لاإراديًا . وفيما يلي نموذج لهذه اللوحة في الشكل رقم (١) :

اسم الطفل :			
الليالي النظيفة			
		●	السبت
		●	الأحد
		-	الاثنين
		●	الثلاثاء
			الأربعاء
		●	الخميس
			الجمعة

شكل رقم (١) : لوحة النجوم .

ب - الاحتفاظ بالبول : **Relain Urine** :

لقد دلت الدراسات على أن عدداً من التبولين لاإراديًا غير قادرين على الاحتفاظ بكمية طبيعية من البول في المثانة . لذا فإن تدريب الطفل على احتياك كميات أكبر من البول في المثانة يمكن أن يؤدي إلى زيادة قدرة المثانة على الاستيعاب ، ويكون ذلك إما بتعليم الطفل التحكم بمثانته نهائياً بتحريك الأمر إلى لعبة شيقة ، حيث يستمر الطفل في إطالة فترة تحكمه بالمثانة وتسجيل الكمية التي استطاع الاحتفاظ بها ، أو أن يطلب من الطفل التوقف عن إمرار البول في أثناء عملية التبول ومن ثم يطلقه « Stop and Start » في أثناء النهار عدة مرات مما يؤدي إلى تقوية عضلة المثانة ويساعد على الشفاء .

٢ - التعلم الشرطي :

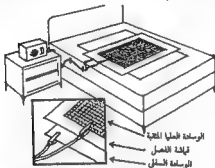
أ - طريقة الحرس والوسادة :

بدأ استخدام العلاج السلوكي بالتعلم الشرطي في الثلاثينات من القرن العشرين عندما قام مورر ومور (Mowrer & Mowrer) بعلاج حالات التبول اللاإرادي بطريقة الحرس والوسادة . وهذه الطريقة من الطرق الناجحة في علاج هذه الحالات ، فبعد استخدام هذا الأسلوب لمدة شهرين أو ثلاثة ينجح حوالي ٧٠ ٪ من الحالات . أما الحالات الأخرى فإن معاودة استخدام الجهاز مرة أخرى يأتي في العادة الانتكاس .

يتكون الجهاز من وسادة رقيقة خاصة للتدريب تُوضع فوق سرير الطفل وتحت الطفل مباشرة ، بحيث عندما تبلل ليلاً يغلق دائرة كهربائية ، مما يؤدي إلى رن الجرس وإضاءة مصباح مما من شأنه إيقاظ الطفل وأخذَه إلى الحمام .

وعندما يتعلم الطفل ضبط المثانة بهذه الطريقة تُرفع الوسادة والجرس . وبعد استخدام هذه الطريقة لمدة أربعين سنة تبين نجاحها في علاج ٧٠ ٪ إلى ٩٠ ٪ من حالات التبول اللاإرادي غير الناجم عن أسباب عضوية . وفيما يلي في الشكل رقم (٢) نموذج لهذا الجهاز :

يتم الطفل على وسادة أو وسادات تتصل بجهاز إنذار يُعطي صوتاً عاتلاً للفتين (طنان)
وعندما يتبول الطفل على الوسادة ، فإن البول يخلق الدارة الكهربائية فيصدر جهاز
الإنذار أصواتاً . الشكل رقم (٤)



الشكل رقم (٤) : جهاز الإنذار مثبت على السرير .

ب - طريقة إيقاظ الطفل ليلاً .

كما استخدم التعلم الشرطي عن طريق إيقاظ الطفل ليلاً (Night time Awakening) ، وتكون الخطوة الأولى بتحديد الوقت الذي ييلل فيه الطفل عادة فرائشه كل ليلة ثم ضبط ساعة منه بحيث ترن في غرفة الطفل قبل وقت التبول بقليل مما يؤدي إلى إيقاظ الطفل وذهابه إلى المرحاض ، ومن ثم يعاود النوم حتى الصباح . وبعد مرور سبع ليالٍ متتالية بدون تبول على الفراش بهذه الطريقة يتم ضبط المنبه لينطلق بعد مرور ساعة ونصف من ذعانه إلى النوم ثم بعد ٦٠ دقيقة بعد النوم ، ثم تُخفض إلى ٤٥ دقيقة ، وأخيراً بعد ٣٠ دقيقة . ويعدّها على الطفل أن يعود الذهاب إلى المرحاض بدون المنبه كل ليّتين مرة حتى يُلغى استخدامه تدريجياً .

٣ - خفض القلق :

قد يكون التبول اللاإرادي ظهر فجأة من جديد بعد أن يكون الطفل قد

أضيق فترة من الوقت دون أن يتبول في فراشه . وهنا لا بد من البحث عن الحادث الذي أثار قلقه قبل استئناف هذه الحالة مثل : ولادة مولود جديد في الأسرة ، أو الانتقال إلى منطقة جديدة ، أو حدوث شجار عائلي ، أو غياب أحد الوالدين لفترة طويلة . وهنا لا بد من العمل على خفض القلق بتوجيه مزيد من العناية والرعاية والدعم والتفهم للطفل ، وتوفير جو من الأمن والطمأنينة في حياة الطفل حتى تزول أسباب القلق .

ولا بأس من الجلوس مدة ١٠ - ١٥ دقيقة والحديث مع الطفل حديثاً يبحث على الاطمئنان والارتياح ، مما يجعله ينام وهو في حالة استرخاء . ومن الممكن أيضاً قضاء وقت أطول معه في أثناء النهار في نشاطات ممتعة ، ومن خلال هذا الوقت يمكن الكشف عن جوانب الصراع والتوتر اللذين يعاني منهما الطفل والعمل على حلها أيضاً .

٤ - لمرض عقاب على الطفل :

يقوم بعض الآباء بالطلب من الطفل في سن المدرسة والذي لم يتخلص من التبول اللاإرادي لئلا أن يقوم بتغيير الفراش الليلة ، ووضعها في الغسالة دون توبيخ الطفل أو تأنيبه وإشماره بالذنب .

• - استبعاد السوائل :

لا بد من استبعاد السوائل مثل : اللبن والماء والمصير وماء الشعير من طعام الطفل بعد الساعة الخامسة مساءً ، والذهاب إلى الحمام قبل النوم وبعد الاستيقاظ مباشرة .

رابعاً : التبرز اللاإرادي Soiling :

يُعرف التبرز اللاإرادي على أنه تبرز الطفل في ملابسه بشكل مستمر بعد أن يكون قد تجاوز الثالثة من عمره . ويكثر ظهور هذه الظاهرة ما بين عمر ٣ إلى ٨ سنوات ، وبالرغم من أن التبرز اللاإرادي أقل انتشاراً من التبول اللاإرادي ، إلا أنه ليس نادر الحدوث إذ يتشر بين أطفال سن الثامنة بنسبة ٢,٣ ٪ للذكور و ٧ ٪ للإناث . وهذه النسبة تعادل تقريباً ثلث معدل انتشار التبول اللاإرادي تقريباً . ويتناقص حدوث التبرز اللاإرادي بشكل تلقائي بمعدل ٢٨ ٪ سنوياً

ويعتني تماماً في سن السادسة عشرة .

لذا فإن التبرز يصبح حالة التبرز اللاإرادي على المدى البعيد ممكن ، بالرغم من أن الحالة قد تستمر لمدة ستين أو ثلاث قبل أن تنتهي . ومن خلال المعالجة يمكن أن تتحسن الحالات خلال بضعة أسابيع وتختفي بعد شهرين إلى ثلاثة أشهر .

والتبرز اللاإرادي نادر بين المراهقين وصغار الراشدين باستثناء الأشخاص اللذانين أو المتخلفين عقلياً تحليفاً شديداً .

ويتبرز معظم الأطفال المصابين بهذه الحالة بعد عودتهم من المدرسة إلى البيت في فترة ما بعد الظهر وخاصة خلال فترات التوتر أو الإثارة . والتبرز اللاإرادي نادراً ما يكون نتيجة إخراج الأطفال للبراز بشكل متعمد ، بل يكون في معظم الأحيان نتيجة الاحتفاظ بالبراز لمدة طويلة مما يسبب امتلاء الأمعاء وانتفاخها ويجعل الإخراج غير منتظم ، وتكون كمية البراز كبيرة وجافة ويكون خروجها مؤلماً .

ومشكل عام فإن الأطفال الذين يتبرزون لاإرادياً لا يعون حاجتهم الطبيعية إلى الإخراج بسبب الإمساك الشديد ، كما أن الكثير من الآباء لا يعرفون أن أطفالهم يعانون من الإمساك ، وقد يعطى الكثير من هؤلاء الأطفال علاجات ضد الإمساك بسبب تسرب المواد المخاطية والبراز نتيجة امتلاء أمعائهم .

والتبرز المستمر « Continuous » يعني أن الطفل لم يتجح أبداً في السيطرة على حركة أمعائه لأي فترة زمنية . أما التبرز المتقطع « Discontinuous » فيعني أن الطفل كان قادراً على التحكم إلا أنه فقد هذه القدرة فيما بعد وعاد إلى التبرز . فالتوتر الناتج عن مصدر خارجي مثل بدء اللعب إلى المدرسة يمكن أن يسبب تكراراً في قدرة الطفل على السيطرة على حركة أمعائه . وللتبرز اللاإرادي آثار خطيرة على أولئك الذين يعانون منه ، فالطفل الذي يتبرز لاإرادياً غالباً ما ينس مفهوم الذات لديه بشكل متزايد ، وقد يدافع ضد فقدانه احترام الذات ويتبنى اتجاه « أنا لا أهتم » « I donot care attitude » . كما أن العلاقات الاجتماعية للطفل المتبرز لاإرادياً غالباً ما تتأثر بشكل حاد ، فقد يصحح الطفل عرضة لسخرية رفاقه . وإذا عدنا إلى مرحلة الطفولة المبكرة فإن الطفل عندما يذهب إلى

المرحاض يكون لديه شعور وكأنه يريد أن يتخلل عن شيء خاص به ، وأن تعريض الأمعاء يتحد صفة الملكية بالإضافة إلى المجهود الذي يبذله حتى يقوم بذلك .

لذا فإن هذه المشكلة لا يمكن تجاهلها ولا بد من البحث عن الأسباب الكامنة وراءها ، ومن ثم تلتمس سبل علاجها .

الأسباب :

١ - قد يكون للتوتر الشديد والاضطراب الانفعالي عند الطفل أثر في عدم قدرته السيطرة على حركة أمعائه . ومن الشائع اعتبار التدريب النفسي على ضبط الإخراج هو السبب . وقد يكون التبرز اللاإرادي تسميراً عذوياً من قبل الطفل تجاه أمه .

٢ - وقد وجدت دراسات بيلمان Bellman (١٩٦٦) أن عدداً كبيراً من آباء الأطفال المتبرزين لاإرادياً كانوا هم أنفسهم متبرزين لاإرادياً مما يؤكد ولو جزئياً وجود عامل وراثي وراء ذلك .

٣ - وهناك أسباب عضوية ناجمة عن الإمساك بسبب انتفاخ الأمعاء بالبراز بشكل مزمن خاصة بعد زوال الأسباب النفسية ، حيث تستمر الحالة العضوية عند الطفل لأن القولون السفلي يكون قد أصبح عاطلاً عن العمل حيث يكون قد فقد شكله وقوام عضلاته ولم يعد يستجيب لوجود البراز داخله فيحث الجسم على التغوط .

وأكدت الدراسات أن حوالي ربع الأطفال المصابين بهذه الحالة لديهم مشكلة إمساك مزمن . كما أن إصابة المراكز الخاصة بالحبل الشوكي أو المخ تؤدي إلى التبرز اللاإرادي .

الوقاية والعلاج :

أ - لا بد من مساعدة الأطفال الذين يتجملعون الرغبة في التبرز « Call to Stool » على اعتياد اللعب إلى المرحاض في أوقات منتظمة خلال النهار ، وتعتبر فترة ما بعد الإفطار مباشرة وقتاً مناسباً . وهذا لا بد من إيقاف الطفل مبكراً قليلاً صباحاً ليتاح له وقت كافٍ للاستعداد للذهاب إلى المدرسة وعلى الأبوين الإصرار على اتباع روتين معين ينتهي بذهاب الطفل إلى المرحاض

مرتين يومياً بمعدل عشر دقائق في كل مرة أو أن يكون ذلك في أوقات محددة يمكن ضبطها باستخدام ساعة منه .

وقد أثبتت الدراسات أنه من الصعب تدريب الطفل الصغير على ضبط مركز التبرز قبل سن الستين . فالطفل قبل هذه السن لا يكون قادراً على التعبير عن احتياجاته بشكل واضح ، كما أن نضج عضلات جهاز الإخراج لا تمكنه من السيطرة على عملية الإخراج قبل هذه السن

ب- كما أنه من الضروري تقديم الطعام في أوقات منتظمة ، وأن تكون هذه الأوقات أوقات استرخاء بعيدة عن التوتر والشجار .

ج- ومن أجل حماية الطفل من الإمساك ، فإن نظام التغذية العادي والذي يضم أطعمة متنوعة من المجموعات الغذائية الأربع الأساسية (لحوم ، أسماك ، بيض ، عنب ، وحليب ومشتقات الألبان ، وخضار ولواكه) ، وأخذ كمية من السعرات تتناسب مع ما يبذله الطفل من طاقة يكون مناسباً . ولا بد من إنقاص ما يأكله الطفل من الحيز والمعجنات إلى حده الأدنى . وأن تقتصر كمية الحليب في غذاء الطفل على كوب واحد يومياً وذلك لما للحليب من تأثير قابض . لقد وُجد أن أربعة من كل خمسة أطفال متبرزين لإرادتها يعانون من الإمساك . لذا لا بد من تنظيف الأمعاء من البراز المتخزن بحيث يُستعاد الإحساس بالحاجة الطبيعية إلى التبرز . كما يمكن إعطاء الطفل حبة شرجية أو اثنين من نوع « Fleet » وهي متوفرة في الصيدليات من أجل تفريغ القولون تماماً من البراز . كما يمكن أيضاً إعطاء بعض الحفاقر المصنوعة للعضلات العاصرة في الشرج .

د- كما ينصح بالإكثار من السوائل ، ولتحبب التدريب القاسي على ضبط عملية التبرز ، ولتحبب الاتجاه الذي يعتبر البراز شيئاً يثير الإشمئزاز .

هـ- ويفيد في هذه الحالة التعزيز والحزاء « Rewards and Penalties » وخاصة مع الأطفال الصغار ، حيث يتم الاحتفاظ بلوحة نجوم تسجل عليها كل محاولة كاملة للخروج إلى المراحيض (وتُعطى نجمة إضافية لكل مرة تنجح فيها الطفل بالتغوط ، ولكل مرة لا يحدث فيها تبرز لإرادي) ، ثم تستبدل النجوم بامتيازات خاصة أو مكافآت مادية مثل : قضاء الطفل نصف ساعة إضافية مع أحد الوالدين بحيث يقومان بنشاط يختاره الطفل ، كما يفرض

على الطفل جزاءه في كل مرة يحدث فيها تبرز لاإرادي مثل أن يقوم بغسل الملابس التي تبرز فيها أو أن يستحم ولكن يجب على الأم أن تتجنب القسوة الزائدة أو اللين المفرط في تعويد الطفل صبط عملية الإخراج ، حيث أن القسوة الزائدة تؤدي مستقبلاً إلى اضطرابات سلوكية (قلق ، سلوك فهري . . .) ، كما أن اللين المفرط يؤدي إلى التثبيت عند مرحلة التلذذ بالعمليات الإخراجية .

و- الدعم والتشجيع : لا بد من تعريف الطفل أن مشكلته ليست فريدة ، وألا يقوم الوالدان بلوم الطفل أو لوم أنفسهم على المشكلة ، بل لا بد أن يتعاونوا مع الطفل لإصلاح الخطأ ، وأن يتم التركيز على المديح الإيجابية للطفل عند قيامه بالإخراج المناسب ، وألا يقوم الوالدان بتوبيخ الطفل والصراخ عليه أو السخرية منه أو تحقيره .

كما يجب الاهتمام بأن لا يُوضع الطفل في دور « الصغير » في الأسرة ، حيث يصبح السلوك التكويني مثل التبرز اللاإرادي متوقفاً . ولا بد للأبوين من تحديد المصدر الأسلي الذي يسبب للطفل التوتر ، وأن يعملوا على خفضه مثل الشجار العائلي أو تنافس الأشقاء .

خامساً : الشعور بالغيرة Jealousy :

مفهوم الغيرة ومظاهرها :

تعتبر العبرة من المشكلات السلوكية الشائعة عند الأطفال ، تظهر على شكل انفعالات يُعبر عن مدى حساسية الطفل للعلاقة العاطفية بينه وبين والديه ، والتي تظهر في سلوكه على شكل فعل يعبر عن شعوره المألوم الداخلي .

والغيرة إذاً هي عبارة عن انفعال ينشأ من الإحباط ، ومن القلق الناتج عن شعور الطفل بتناقص اهتمام ومحبة الوالدين نتيجة ولادة مولود جديد للأسرة ، أو شعوره بخيبة الأمل في الحصول على رغبائه ، أو الشعور بالتقصير بسبب الإحفاق أو الفشل . والغيرة هنا مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالسلوك الإنكسالي عند الطفل .

والغيرة عند الطفل تعني إصراره على التمسك بما كان قد تعرف عليه واعتبره

ملكاً له ، ولهذا يخاف من فقدان هذا الشيء مما يؤد له الشعور بالتهديد والصراع .

فالغيرة إذاً انفعال مركب يجمع بين حب التملك والشعور بالخوف والغضب والحقد ، والشعور بالنقص . فقد تظهر هذه الغيرة على شكل عدوان على الأخ أو الأخت الأصغر ، أو على شكل عدوان على الذات ، أو عدوان على ممتلكات الأسرة أو ممتلكاته الخاصة .

من جهة أخرى يصاحب الشعور بالغيرة النكوص إلى مرحلة سابقة (كالتيبول ، مص الأصابع . . .) ، أو الشعور بالهزل أو شدة الحساسية ، أو الشعور بالعجز والنقص ، أو فقدان الشهية للطعام ، أو الانسحاب من الناس عامة .

ولهذا قد يلجأ الوالدان إلى القسوة في التعامل مع الطفل الذي يشعر بالغيرة ، وقد يسخران منه أو يعرضاه للضحك ، أو يحقرانه ، أو يلجأان إلى العقاب البدني لتترك هذه العادة . وإذا استمر الطفل في هذه الحالة ، ولم يجد ما يعوضه عن ذلك ، فقد يلجأ إلى أساليب تكيفية غير سوية . فقد تظهر عنده بعض الاضطرابات السيكوسوماتية كالاضطرابات المعدية ، وحالات القيء العصبي ، والعزوف عن الطعام ، والاكتئاب مما ينجم عن ذلك أضرار كبيرة بالصحة النفسية والصحة الجسمية لدى الطفل وتؤدي إلى شعوره بالعجز والنقص ، ويفقد ثقته بمن حوله وبنفسه ، ويشعر بأن الآخرين يتآمرون ضده مما يسيء لعلاقته بالآخرين . ولكن يجب التأكيد بأن الغيرة ليست في كل مظاهرها دليلاً على الخطر ، فهي ضمن حدود معينة حالة طبيعية ، تعبر عن الشعور بفقدان واقعي أو متخيل لشيء يهدد أمن الطفل ، وتزول الغيرة بزوال هذا الشعور . أما إذا كانت الغيرة شديدة ومتطرفة فإنها تؤثر في توافق الطفل حاضراً ومستقبلاً . فالطفل الغيور لا يشعر بالسعادة أبداً ، ولا يستقر على حال ، فهو يشعر بالحزن ، والألم ، والكراهة ، والحقد تجاه الآخرين عتماً يصيبهم الحزن .

والغيرة كمحالة انفعالية تكاد تكون عامة بين جميع الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة (الست سنوات الأولى من عمر الطفل) ، حيث تظهر في مرحلة الرضاعة ، وذلك عندما يداعب أباء الطفل طفلاً آخر غريباً ، ويظهرون نحوه

بعض مشاعر الحنو والاهتمام ويقومان بحمله ، حيث تظهر العبرة لدى الرضيع على شكل شد الطفل الآخر بشعره أو ضربه أو بكائه . ولكن قمة الشعور بالعبرة تظهر عند الطفل فيما بين ٣ - ٤ سنوات حيث أنَّ هذا السن يترافق مع مرحلة شعور الطفل بالتمركز حول الذات .

أما عندما يبلغ الطفل من العاشرة من العمر فيعبر عن عبرته بالوشاية وإيقاع الأذى بالآخرين ، إذ كلما زاد عمر الطفل كلما تعلم كيف يخفي مظاهر الغيرة ويستبدلها بمظاهر أخرى تعبر نفسياً عن الغيرة .

ويرى محروس (١٩٨٣) أنَّ الغيرة يمكن أن يعبر عنها من خلال المظاهر التالية :

- الغضب : حيث يظهر على شكل شتائم ومضايقات وتدمير وتخريب وعصيان نتيجة الشعور بالإحباط .
- ميل إلى الصمت : ويبدو على شكل انطواء وخجل وسلبية ، وفقدان لشهية الطعام والنكوص لمراحل طفلية مبكرة وغيرها من مشاعر النقص .
- مظاهر جسمية : وتظهر على شكل صداع ، والشعور بالنصب ، والتهارض وكل ذلك من أجل جذب انتباه الآخرين .
- مظاهر نفسية : كالحزن واليأس ، والبكاء المتكرر ، والتبول اللاإرادي ، ومص الأصابع ، وقضم الأظافر ، والعودة إلى لغة الأطفال الصغار محاولة منه لكسب عطف الآخرين .
- الميل إلى التنحيل وذلك لحصول الطفل على ما فقد ، مثل تفيل المولود الجديد للاحتفاظ بمركزه عند أمه .

وتبين الدراسات (نظر العيسوي ، ١٩٩٠) أنَّ نسبة الشعور بالغيرة عند الإناث أكثر منها عند الذكور ، وكذلك عند الأذكىاء أكثر منها عند قليلي الذكاء .

كما وجد أيضاً أنَّ العبرة تظهر أكثر عند الأطفال عندما لا يوجد بينهم فارق كبير في السن ، وكذلك فإن الطفل الكبير أكثر غيرة من غيره من الأطفال الذين وُلدوا بعده ، حيث كان الطفل الأكبر يحطُّ أنظار الآخرين في الأسرة . كما أنَّ الطفل الوحيد الذي يحتل مركزاً هاماً في الأسرة قد يظهر لديه الشعور بالغيرة أكثر

من الأطفال الآخرين عندما تتناقص الامتيازات التي كان يتمتع بها لمجرد ولادة طفل آخر مؤحراً ، خاصة عندما يقوم الأبناء بمقارنة الطفل الأصغر بالأكثر وإظهار محاسنه أو الإعفاق عليه بالمقاييس وإهمال الطفل الأكبر .

والخدير ذكره أنه لا يد من التمييز بين الشعور بالمعزة ، والمنعسة ، والحسد . فالمنافسة سلوك إيجابي يدفع إلى التعرق وبذل الجهد لتحقيق مزيد من النجاح . أما الحسد فهو يكون على شكل غمي زوال الخير من الشخص الآخر نتيجة امتلاكه لشيء ما وعدم امتلاكه هو لهذا الشيء . أما الغيرة فهي شعور الطفل بحقه في حيازة شيء معين ، والخوف والقلق من فقدان هذا الحق وأن يمتلكه طفل آخر .

أسباب الغيرة :

تتعدد أسباب الغيرة وتختلف وفقاً لمراحل النمو التي يمر بها الطفل ، ويمكن اعتبار الكبار مسؤولين عن وجود الغيرة عند الطفل ، وذلك من خلال العديد من الممارسات الحاطة التي يقومون بها بقصد أو بدون قصد . وأهم هذه الأسباب ما يلي :

— ميلاد طفل جديد للأسرة : مما يجعل الوالدين يحولان انتباههما من الطفل الأول إلى الطفل الثاني . وهذا ما يجعل الطفل الأول يشعر بالغيرة من المولود الجديد الذي سلب الطفل الأكبر الكثير من الامتيازات ، وسلبه اهتمام ورعاية الوالدين وحبهما له مما يجعله يشعر بالتهديد ، وعدم الثقة بمن حوله وقد يلجأ إلى الاعتداء على من كان السبب (المولود الجديد) .

— وقد يشعر الطفل بالمعزة من أحد والديه كما هو في حالة عقدة أوديب وعقدة إلكترا . فقد تظهر الأم مثلاً عناية زائدة بالأب ، أو قد يشاهد ما يلوح بينهما من علاقات عاطفية وجنسية مما يجعله يشعر بالقلق على نفسه ومدى فقدان حب أمه ورعايتها له .

— التمييز في المعاملة : فقد يشعر الطفل بالغيرة نتيجة لشعوره بأن الوالدين يميزان أحد أخوته عليه وذلك بسبب ذكائه أو جماله أو غير ذلك من المميزات ومحاولتها إبراز هذه الفروق أمام الآخرين من الأصدقاء والجيران وغيرهم ، وإشعار الأطفال بأن ذلك مهم ، مما يؤدي إلى شعور الطفل بالغيرة والحقد

والكراهية وتجنب الفرصة للانتقام من الطفل المميز ، ومن الوالدين في آن واحد . أو قد يلجأ إلى كبت مشاعر الغيرة في نفسه مما يسبب له مشكلات نفسية أكثر تعقيداً . كما أن تمييز الوالدين للذكور عن الإناث مثلاً يؤد إلى الذكور الغرور ، ويشير الغيرة عند الإناث وقد تكون هذه الغيرة ظاهرة وتكون على شكل بكاء وشم وتوبيخ أو غير ذلك . وقد تكبت الغيرة عند الإناث لتظهر في حياتهم مستقبلاً وتكون على شكل كراهية عامة لكل الرجال ، وعدم الثقة بهم .

من جهة أخرى يعطى الآباء حين يندفون بالامتيازات على الطفل المفضل كإحضار اللعب ، والحلوى ، والملابس وغير ذلك دون إعطاء الأعمى الآخرين مثل ذلك ، مما يجعل هؤلاء يميلون إلى التهاوى والكسوف ، وكراهية الطفل المفضل وغير ذلك من سلوك قد يكون ظاهراً أو مستتراً .

— سوء معاملة الوالدين للطفل وقسوتها عليه : فالقسوة في معاملة الطفل وشعوره بأنه مهمل ومنبوذ ، أو عقابه بالضرب ، أو اللجوء إلى إذلال الطفل من خلال تحقيره أو معاقبته يؤدي إلى الشعور بالنقص والعجز وعدم القدرة على إثبات الذات كغيره الذين لا يبالون بالمعاملة نفسها .

— الغيرة عند الطفل الوحيد : ينشأ الطفل الوحيد بين أبوين دون أن يكون له أخوة يشاطرونه امتيازاته . وهذا الطفل يكون محاطاً بكل ضروب العناية والرحابة ، ويستحوذ على اهتمام الوالدين ، فهو مركز اهتمام الأسرة ، ويكون في الغالب أنانياً متعدياً على الأخذ دون عطاء . فلذا يخرج هذا الطفل ليلعب مع رفاقه ، فإنه يصطدم معهم لأنهم لا يسمحون له بأن يمتد كل شيء دون أن يعطى ، ولا يسمحون له بالاعتداء دون أن يُعفى عليه عما يجعله يصطدم بالواقع ويشعر بالخيبة ، ويشعر أيضاً بأن الناس يملكونه ويتأمرن عليه ، وقد يستمر هذا الشعور حتى في كبره بعد أن يتزوج ويكون أسرة مما يخلق لديه مشكلات مع أولاده وزوجته وحتى في مهته .

والشعور بالغيرة التي يشعر بها الطفل الوحيد عند خروجه للمدرسة أو الحيلة أقسى وأشد من الغيرة التي يشعر بها في إطار أسرته ، حيث تتعلم لديه الامتيازات الخاصة التي كان يستأثر بها في أثناء طفولته من والديه .

— الفشل أو التقصير في الدراسة . فالطفل الراسب يحاول التعبير عن غيرته بالصق التهم بالأطفال الملتحقين وإداعة الشائعات عنهم ليقتل من شأهم أمام الآخرين .

— الشعور بالنقص : إنَّ أشدَّ أنواع الغيرة عند الصغار والكبار هو الشعور بالنقص ، والذي يترافق أحياناً مع عدم القدرة على التغلب عليه . كنقص في الجمال أو نقص في القدرات الجسمية أو الحسية أو العقلية . فالأطفال المعرضون للغيرة يكونون ضعيفي الثقة بأنفسهم نتيجة الشعور بالنقص .

الوقاية والعلاج من الغيرة :

إنَّ العمل على وقاية الطفل من الغيرة واجب على الوالدين بالدرجة الأولى ، وعلى المدرسين والمحيطين بالطفل بالدرجة الثانية ، حيث أنَّ الشعور بالغيرة أمر خطير يؤثر على شخصية الطفل من جميع جوانبها في طفولته ، وتسبب له سوء التوافق النفسي والاجتماعي عندما يكبر أيضاً . ونظراً لهذا التأثير البالغ الخطورة فلا بد من العمل على وقاية الطفل من هذا الشعور ، وعلاج الغيرة في حالة وجودها . وأهم سبل الوقاية والعلاج ما يأتي :

— العمل على تهيئة الطفل نفسياً على استقبـال وتقبـل الطفل الجديد وذلك من خلال مصارحته بأنَّه سيكون له أخ أو أخت حتى لا يصطدم بهذا الحدث بشكل فجائي ، وأن يتحدثنا عن المولود الجديد بالخبر وبما سيعود على الطفل أيضاً بالخبر نتيجة المولود الجديد ، حيث أنَّ المولود الجديد سوف يلعب معه ويسمعه ، وسوف يشتركان في الألعاب والهدايا ، وأنَّ هذا المولود سوف لا يحدث أي ضرر بالطفل ، ولا يتزعزع منه أي امتيازات .

كما يجب على الوالدين أن يشعرا الطفل بمسؤوليته نحو أخيه الصغير الذي يجب عليه أن يرحله ويقدم له الألعاب والحلوى وغير ذلك . ومن المستحسن أن يعمل الوالدان على قضاء وقت كل يوم مع الطفل الأكبر لكي يطمئن على محبة ومودة الوالدين له .

— عدم التمييز في المعاملة بين الأبناء ، نتيجة للجس أو للجمال ، أو للذكاء أو غير ذلك من الميزات مما يلحق الغرور بصاحب الامتياز ، والغيرة عند الأطفال الأقل تميزاً مما يؤدي إلى الحسب والعلوان وغير ذلك من مظاهر .

— عدم اللجوء إلى موازنة أو مقارنة الأطفال بعضهم ببعض واعتبار كل طفل شخصية مستقلة لها امتيازاتها واستعداداتها الخاصة . فالموازنة بين الأخوة ، والموازنة بين التلاميذ يؤكد لدى الطفل الشعور بالذلل والشعور بالقص . فالأفضل من ذلك هو موازنة الطفل بنفسه في مواقف مختلفة مع التشجيع مما يثير لديه الدافعية إلى التحسّس وكسب الكثير من الامتيازات .

— بالإضافة إلى ذلك فلا بد من الابتعاد عن مواقف المنافسة الشديدة التي تولّد الشعور بالخيرة وتعويد الطفل على تقبل التفوق وتقبل الهزيمة دون الشعور بالعبرة التي تعقده انثقة بالنفس .

— الابتعاد عن إبراز عيوب الطفل وأخطائه أمام الآخرين أو السخرية منه ، بالإضافة إلى الامتناع عن امتداح باقي الأخوة أو بعضهم لأن ذلك يشعر الطفل بالخيرة والحقد على أخوته المتفحّين ، ويشعرهم بالغرور والعظمة مما ينمّكس سلباً على كلا الطرفين . والأفضل من ذلك إشعار الأطفال جميعاً في الأسرة بالمساواة والمعدل دون انتقاص من حق أحدهم على حساب الآخر .

— احتدال الأبناء في اهتمامهم بمشاعر العمرة عند الطفل : ولهذا يجب عدم الاستخفاف بخيرة الطفل والسخرية منه وتصرفاته ، بل لا بد للأباء من إظهار العطف والحنان وإشعار الطفل بأنه لا يزال موضع حب ورعاية من قبل والديه .

من جهه أخرى فلا يجوز للمهالة في المقلق نتيجة ظهور الخيرة عند الطفل لأن ذلك سيؤدي إلى زيادتها . فالحكمة دائماً تستوجب الاعتدال .

بالإضافة إلى ذلك يجب على الوالدين الاهتمام بالطفل الذي لا تظهر عنده مشاعر الخيرة إطلاقاً ، إذ من المحتمل أن يكبت الطفل مشاعر الخيرة ، ويتظاهر بمظهر الرضا وعدم الاكترات . فالخيرة المكبوتة أشد خطراً وأثراً في الشخصية من الخيرة الصريحة ، حيث أنّ مثل هذه الخيرة تثير القلق والتأثر عند الطفل وتسبب سوءاً في تكيفه .

— عدم الإسراف في رعاية الطفل للرغى والإغداق عليه باهذابا والتعود والامتيازات لأن ذلك يثير الخيرة عند أخوته ويجعلهم يلجأون إلى التنازس وحيل أخرى للحصول على مثل هذه الامتيازات .

— تعويد الآباء والمربين الأطفال منذ الصغر على التخلص من مشاعر الأنانية والتمركز حول الذات ، والأخذ والعطاء ، والتعاون والمشاركة ، مما ينفذ عندهم الشعور بالنقص ، ويزيد من ثقتهم بأنفسهم ، ويزيد من تقديرهم للجماعة وتقدير الجماعة لهم .

— العمل على تنوع الأنشطة التي يمكن للطفل أن يمارسها ويفضلها ضمن إطار قدراته وإمكاناته مما يشعره بالارتياح والسعادة في ممارستها ويحقق النجاح الذي يولد المزيد من الثقة بالنفس .

— أن يعمل الوالدان على جعل فاصل زمني معقول بين الطفل والطفل الآخر . وهذا الفاصل يجب ألا يكون قصيراً حتى لا يشعر الطفل بالغيرة ، وأن اهتمام ورعاية الوالدين قد توجهتا إلى الولود الجديد مما يولد لديه الشعور بالوحدة أو العزلة . كما أن هذا الفاصل الزمني يجب ألا يكون طويلاً حتى لا يشعر الطفل بفقد الامتيازات التي تعود لفترة طويلة حيازتها

— تنمية علاقة الطفل بالأطفال الآخرين ، مما يخرجهم من دائرة التمرركز حول الذات ، وتعويده على الأخذ والعطاء في إطار موضوعي قائم على العدل والمساواة دون تمييز .

— تعويد الطفل على المنافسة الشريفة البعيدة عن الحسد ، وتعويده على تقبل الصوق والنجاح ، بالإضافة إلى تقبل الخسارة والفشل ، بحيث يقوم ببذل الجهد المناسب لتحقيق النجاح دون اللجوء إلى العدوان والغيرة والحسد في حالة الخسارة والفشل .

— تقبل وفهم بعض مشاعر الغيرة التي تظهر عند الطفل عندما تكون في الحدود الطبيعية (الكلام مثلاً) والحد من المشاعر العدوانية المباشرة على مصدر الغيرة .

— العمل على إشباع الحاجات الأساسية عند الطفل ، وعدم الانتقاص منها بسبب ولادة طفل جديد ، أو عدم غيظه في بعض الميزات الموجودة عند إخوته .

الفصل السادس :

المشكلات النفسية الحركية (النفسية - الحركية) عند الأطفال

- أولاً : اضطرابات الكلام .
- ثانياً : مص الأصابع .
- ثالثاً : قضم الأظافر .
- رابعاً : اللزمات العصبية أو التقلص اللاإرادي في العضلات .
- خامساً : النشاط الزائد .

الفصل السادس

المشكلات النفسية عند الأطفال

أولاً : اضطرابات الكلام

طبيعة مشكلة اضطراب الكلام :

يُعتبر الكلام من أهم وسائل الاتصال الاجتماعي، فهو يُعبّر عن نشاط اجتماعي يصلح عن الفرد ، وتدخل فيه عدة توافقات عصبية دقيقة مركبة يشارك في أدائها مركز الكلام في المخ الذي يسيطر على الأعصاب وهذه تقوم بتحريك العضلات التي تقوم بإخراج الصوت . كذلك تشارك الرئتان والحجاب الحاجز ، إذ تقوم الرئتان بتعبئة الهواء وتنظيم اندفاعه ، ويمرود الهواء على الأوتار الصوتية ويدخل الحنجرة والغم والتجويف الأنفي تحدث تشكلات مختلفة من الأصوات .

وقد يلاحظ عند الفرد اضطراب في الكلام والذي يبدأ أحياناً لدى الطفل في سن مبكرة ، وقد يعني هذا الاضطراب مع نمو الطفل أحياناً ، ولكن في أحيان أخرى تستمر لدى البعض هذه الاضطرابات على الرغم من نموهم في العمر ، وقد يتطور عند البعض الآخر إلى مرض يستلزم تدخلاً طبياً وليس نفسياً فقط .

ويرى فهمي (١٩٧٥) أن الطفل المصاب قد تظهر عليه أعراض لأمراض جسمية ونفسية أخرى مثلاً : ظاهرة تحريك اليدين ، أو القدمين ، أو الكتفين ، أو الضغط على الأسنان ، أو دكل الأرض أو الضغط عليها .

كما قد يعاني المصاب باضطراب الكلام علة من أمراض نفسية مثل القلق ، والشعور بعدم التقبل الاجتماعي وعدم الثقة بالنفس ، والشعور بالفشل ، والشعور بالنقص مما يؤدي شعوراً سلب العزلة والازدواء وحده ، والفشل والانتواء المصحوب بالتوتر النفسي . ولكن هناك من حالات المصاب باضطراب الكلام التي تصمد أمام التحدي للرعي والنظرة الاجتماعية وتولد لدى الطفل الدافع لبذل مزيد من الجهد وعلمسة التحدي حتى يصبح متفوقاً

على زملائه .

واضطرابات الكلام عديدة منها تأخر الطفل في الكلام ، أو صعوبة إخراج مقاطع الكلمات أو بعض الحروف ، أو عدم تطور تحصيل الطفل من الكلام ، واحتباس الكلام أو التأتأة أو اللجلجة .

وسوف نتحدث عن التأتأة لأنها أكثر مشكلات الكلام حدوثاً .

التأتأة أو اللجلجة Stutter or Stammer :

وهي عبارة عن اضطرابات كلامية تجعل على شكل تقلص الكلام مصحوب بتكرار غير مرغوب ، ووقفت في مجرى الكلام ، وتكون إما على شكل ترددي « Clonic » أو تشنجي « Tonic » ، وتحدث في سنوات بداية التكلم ، وقد تستمر حتى مرحلة البلوغ .

وتدل الدراسات أن حوالي ١٠% من الناس المصابين بالتأتأة نصفهم من الأطفال (منصور ، ١٩٨١ م) .

والتأتأة تكون عادة في سن الثالثة أو الرابعة من العمر وذلك في أثناء اكتساب الطفل للكلام أو في سن الخامسة عند دخوله للمدرسة الابتدائية ، حيث تكون هناك منافسة بينه وبين زملائه ، وأحياناً تحدث في سن المراهقة خاصة عند الحديث مع الجنس الآخر (عكاشة ، ١٩٧٦ م) .

كما تدل الدراسات الحديثة أن بعض أشكال التأتأة في الكلام يكون شائعاً بين صفار السن من الأطفال ويدهى « بالتأتأة التطورية » ، وتظهر عادة ما بين سن الثانية والرابعة من العمر ، وتستمر إلى بضعة أشهر فقط ، أما التأتأة المعتدلة فتبدأ في عمر ٦ - ٨ سنوات وقد تستمر لمدة مستين أو ثلاث سنوات .

أما التأتأة الدائمة فتبدأ ما بين سن الثالثة والثالثة من العمر ، وتستمر إلا إذا عولجت بأسلوب فعال .

وتعتبر التأتأة التي تظهر بعد سن الخامسة أكثر خطورة من التأتأة التي تظهر في سن أبكر .

ومن الواضح أن التأتأة تظهر في معظم الأحيان ما بين الثانية والخامسة من

العمر ، فهناك حوالي ٤٤٪ من مجموع أطفال هذه الفئة العمرية يعانون من التأتأة ، ومع وصول سن المدرسة الابتدائية نجد أن ٦٪ - ٣٪ تقريباً من الأطفال يتلعثمون ، وهناك إحصائية تشير إلى أن ٧٥٪ من أطفال سن العاشرة الذين يتلعثمون يستمررون في تلعثهم مدى الحياة .

كما تشير الإحصاءات إلى أن ٨٠٪ من المتلعثمين في مرحلة الطفولة لا يتلعثمون وهم راشدون ، إلا أن الكثيرين منهم تتطور لديهم مشكلات شخصية مثل الحجل والانحسار والافتقار إلى الثقة بالنفس بسبب خبرتهم السابقة .

كما أشارت تلك الإحصاءات إلى أن ٥٠٪ من الأطفال الذين يتلعثمون بشدة يستمررون بالتلعثم الشديد في الكبر .

وتشير الدراسات أيضاً إلى أن نسبة المتلعثمين من الذكور من جميع الأعمار تبلغ ٤ - ٨ أضعاف نسبة المتلعثبات من الإناث بالرغم من عدم ارتباط التأتأة بالدكاء والوضع الاقتصادي والاجتماعي (شيفر ، وآخرون ، ١٩٨٩) . وفي تقرير جوتمان (Gutmann) وُجد أن ١٠٪ من النساء يقابلها ٩٠٪ رجال يتلعثمون ، وأحد الأسباب هو تعرض الرجل للإثارة أكثر من النساء (عبد الرازق ، ١٩٨٧) .

كما دلت الدراسات والبحوث الحديثة على انتشار التأتأة بين اللغابيين بأمراض نفسية وعقلية بنسبة ٥٥ ٪ بلغة وذلك من بين المترددين على عيادات الطب النفسي بالخامسة (عكاشة ، ١٩٧٦) .

الأسباب :

لقد تعددت الأسباب المؤدية إلى التأتأة ، فالبعض منها معقد وعلاجه صعب ، في حين أن البعض الآخر ليس كذلك . وسوف أوجز أهم الأسباب التي تؤدي إلى التأتأة عند الطفل كما يلي :

١ - الأسباب العضوية :

قد تنجم التأتأة عن استعداد وراثي ، لذا فمن المحتمل أن يصاب الفرد بالتأتأة إذا كان في الأسرة أفراد مصابون بالتأتأة . فقد تبين أن ٦٥ ٪ بلغة من أفراد عينة كبيرة من اللغابيين بعيوب الكلام كان أحد والديهم أو أقاربهم مصاباً بهذه

العيوب . كما قد تنجم الثأثة عن خلل في الجهاز السمعى عند الطفل مما يؤدي إلى إدراك الكلام بشكل خاطئ ، أو تأخر في حصول للمعلومات المرتدة نتيجة الصعاب في السمع ، وقد يتطور هذا المرض إذا لم يعالج العقل بشكل مبكر .

وهناك وجهة نظر ترى أنَّ الثأثة تنجم عن احتلال في الجهاز العصبي المركزي أو اضطراب في الأعصاب المتحكم في الكلام مثل وجود خلل في النعصب المحرك للسان أو تعرض مركز الكلام في الدماغ لتلف معين أو وجود ورم دماغي (الحليدي ، ١٩٨٧ م) .

كما تنجم الثأثة عن عيوب في جهاز الكلام المتمثل في الفم واللسان والأسنان والفكين وسقف الحلق العلوي والداخلي وكذلك لوجود خلل في الشفتين ، وهذه العيوب قد تكون خلقية وتحتاج إلى تدخل جراحي .

كما أنَّ إصابة الدماغ في فترة الطفولة وخاصة مؤخرة الرأس ، والتهابات الأنف ، وإفرازات الغدد ، واضطرابات الدورة الدموية ، من الأسباب المؤدية إلى الثأثة .

٢ - أسباب عضوية نفسية :

تؤثر العوامل النفسية أحياناً في الآلية العضوية لإنتاج الكلام عند الطفل . ومن الشائع في هذه الأسباب وجود اضطرابات في التوقيت أي تشوش في توقيت حركة أي عضلة لها علاقة بالكلام مما في ذلك الشفاء والفك .

وهناك خلل في الارتباط الدقيق بين الأصوات والمقاطع ، ونتج تشوهات الكلمة من أي خلل في الدقة المتناهية في التوقيت اللازم للحديث الطبيعي عند الطفل .

وهناك نظرية حديثة تقول بوجود منعكس غير ملائم تفتح خلاله الحبال الصوتية قبل البدء بالكلام بدلاً من أن تبقى معاً في حالة ارتخاء . فبعض الأطفال يتوقفون عن الكلام فترتقي الأوتار الصوتية ، بينما يقوم آخرون بإغلاق حبالهم الصوتية فتقل ، مما يجعل النطق صعباً جداً . وترى هذه النظرية أنَّ مقاومة الفرد للإغلاق العضوي للحبال الصوتية هو الذي يؤدي إلى الثأثة (شيفر وآخرون ، ١٩٨٩) .

٣- أسباب نفسية وبيئية :

تُعتبر الثالثة أحد أعراض القلق والصراع النفسي عند الطفل وعدم شعوره بالأمس والطمأنينة النفسية . وأنها نتاج للخبرات التي تخترق على صراع ، وعلى موقف شعوري مقاوم لم يجد طريقه إلى رد الفعل .

كما تُعتبر أيضاً نتاجاً للمخاوف والوساوس ، وكذلك للصدمات الانفعالية التي تواجه الطفل ولشعوره بالنقص ، وشعوره بالإحباط في مواقف تنامي .

كما أنّ توقعات الوالدين غير الواقعية تؤدي إلى توترهم وفقدانهم وتزيد من الضغوط النفسية عليهم . فالأبوان اللذان يهيئان طفلها على الكلام قبل أن يكون على درجة كافية من النضج يسببان له التوتر والثبات . كما أنّ المبالغة في إيصال الطفل إلى الكمال يولد لديه القلق والتوتر أيضاً ، فالاهتمام البالغ به بكلام الطفل ، وردود الفعل البالغ فيها تجاه الطفل تسبب له الثبات واضطراباً في الكلام . كما أنّ تعلم الطفل لغات النطق السهلة ، أو تشجيع الأهل له بالاستمرار في نطق الكلمات بشكل غير صحيح تطفلاً وتبدليلاً تؤدي إلى اضطرابات في الكلام واستمرارها إلى فترة متأخرة . كما أنّ وصف الأطفال بأنهم يتلعثمون في حديثهم يؤدي إلى تقبلهم وتقبل الآخرين لهذا التسمية مما يجعل الثالثة لديهم أكثر تكراراً .

كما أنّ محاولات الطفل التغلب على الثالثة بشدة أمام الآخرين تؤدي إلى مزيد من التردد في الحركات التي تشه اللازمة .

كما أنّ التوقعات المتعدية القليلة من الطفل وتلبية كل احتياجاته خاصة في السنوات الأولى من عمره تؤدي إلى اعتياده حل والديه ويصبح هو الكلام لديه غير ضروري ولا يشجع من قبل الوالدين مما يجعل تعبير الطفل عن نفسه غير واضح ، وقد يظهر شعوره بعدم الكفاءة على شكل كلام مضطرب تشوبه الثالثة .

كما أنّ الخلافات الأسرية « بين الأبوين » تُعتبر مصدراً لقلق الطفل الصغير وتؤدي إلى التوتر النفسي عنده ، مما يؤدي إلى الثبات . فالأطفال الذين يتكلمون بشكل طبيعي سوف يتلعثمون إذا كانوا قلقين جداً أو متوترين ، وتزداد الحالة سوءاً إذا كان لدى الطفل أصلاً ميل إلى التلعثم في اللواقظ لتثيرة للقلق والتوتر ،

لأن الفلق والتوتر يعقدان العمل الفكرة على التحكم في العضلات التي تتحكم بالكلام (عمار ، ١٩٨٦ ، ياسين ، ١٩٨١) .

كما أن خوف الطفل من أن يبدو بطيئاً أو بليداً ، وحوفه من انتقادات الآخرين يخلق عنده توقفاً بأنه لن يتكلم بشكل جيد ، مما يؤدي إلى التأناة . زد على ذلك فإن عدم استعداد الطفل من الناحية الانفعالية لمواجهة بعض المواقف يؤدي إلى التأناة تعبيراً عن الخوف والرفض ، كما يظهر ذلك في الأداء أمام الآخرين ، أو عندما يذهب إلى المدرسة بعد قضاء مدة وهو مريض .

بالإضافة إلى ذلك فإن إرغام الطفل الأعرس على استخدام يده اليمنى يؤدي إلى التأناة . فمن المرجح أن الطفل في هذه الحالة بالإضافة إلى التوتر والفلق الذي يتنابه فإن جزء الدماغ المسيطر على اليد المفضلة يكون مسؤولاً عن ذلك . فالتأناة تنجم في هذه الحالة عن التوتر النفسي والتدخل العصبي . وقد تكون بالإضافة إلى ما تقدم ناجمة عن تقليد الطفل أو معايشته لأناس آخرين يعانون من التأناة نتيجة حبه وتقديره للشخص المصاب . والتأناة قد تكون تعبيراً عن حالة نكوصية عند الطفل للحصول على ما يريد ، كما قد تكون تعبيراً عن رفض الواقع الذي يعيش فيه ، والذي يسوده سوء التوافق سواء في الأسرة أو المدرسة .

الوقاية والعلاج :

هناك عدة طرق يمكن للأخصائي النفسي أو المعالج أو الأبوين اتباعها بعناية مع الأطفال الذين يعانون من التأناة من أهمها ما يلي :

١ - العلاج العضوي - الطبي :

في حالة اضطرابات الكلام الناجمة عن حالات عضوية قد يتطلب ذلك تدخلاً علاجياً جراحياً عصبياً ، ويمكن استخدام جهاز (ل . س . د .) في علاج التأناة عند الفرد . فالشخص المتعلم يتغلب على أسوار قلقة ، ويتكلم بطلاقة تحت تأثير المقار بما يعزز ثقته بنفسه .

كما أن مراجعة أخصائي أذن وأنف وحنجرة ، وكذلك مراجعة أخصائي أسنان ضرورية لمعرفة وجود عائق عضوي أم لا .

وقد أثبتت الدراسات أن نسبة عالية من الذين يعانون من التأناة يعانون من

شلود في رسم المح الكهربى ، ولذلك فلا مانع من استعمال العقاقير المضادة للنصرع .

علاوة على ذلك فإنَّ علاج العيوب الجسمية التي تسبب عيوب النطق كالشفاه المشقوقه ، أو تشوه الأسنان ، أو خلل الحبال الصوتية ، أو علاج أعصاب النطق المرتبطة بمركز الكلام شيء ضرورى وهام للتغلب على هذه العيوب (هرنيج ، ١٩٨٧) .

٢ - تعليم الأطفال الكلام الصحيح إذا كانوا يتقبلونه باستخدام طرق ملائمة :
وهنا ينبغي ألاَّ يحرمه الأطفال على تعلُّم الكلام بالقوة إلَّا إذا كانوا يقبلونه وعلى استعداد لذلك . ومن المفضل أن يستخدم الوالدان التشجيع وزيادة الدافعية عند الطفل للتماون بإعطائه بعض المكافآت . ومن المفيد تشجيع الطفل على التباطؤ في أثناء الكلام ، والبده بكل مقطع هده ورفق حتى لا تتداخل صيغ الحنجره مما يعين الحديث يسر لديه .

كما ينصح بتشجيع الطفل على التنفس باستخدام عضلات التنفس البطيئة وليس عضلات صدرهم ، ولا بد من التدريب بشكلٍ متكرر على هذا الإجراء .

كما أنَّ هناك طرقاً تعتمد على الحديث المنقطع ، وهي من أقدم الوسائل في معالجة التوتر ، حيث يبين للأطفال كيف يتكلمون بأسلوب إيقاعي باستخدام الموقت الموسيقى (chronometer) .

وهذا الأسلوب الإيقاعي ، وجعل الطفل يتحدث بشكلٍ يتراد تدريجياً في مواقف هيفه أكثر فأكثر هي من الطرق الفعالة ، وتفيد مع الأطفال الصغار أكثر من الكبار . وهذه الطريقة مفيدة لكل أنواع التلعثم هذا الخلالات الناتجة عن اضطرابات في الحنجره .

كما أنَّ العلاج الكلامي بالتلدين والقرأة بصوت عالٍ ، والتكلم أمام المرأة مع وجود مسجل مفيد في التغلب على هذه المشكله ، حيث تكون المقاطع في البداية من حرفين أو ثلاثة ، ثمَّ تزداد تدريجياً ويكون ذلك تحت إشراف سيكولوجي .

٣- تنمية شعور الطفل بالكفاءة وخفض القلق والتوتر والضغط لديه :

إن تنمية شعور الطفل بالكفاءة تأتي من حدوث التأثأة وذلك باكتشاف أفضل الطرق لمواجهة المواقف الصعبة .

فالتأثأة تُوجد لدى الطفل شعوراً بالاختلاف عن الآخرين ، وعدم الكفاءة . ومن المهم جداً مساعدة الطفل على الشعور بالاسترخاء والإحساس بمهارته اجتماعياً ، وبإمكان الوالدين والأقارب مساعدة الطفل بتقديم جو يسوده الاسترخاء حيث يستطيع الطفل الانسجام مع الآخرين دون توتر .

لذا لا بد من الكشف عن سبب التوتر والعمل على خفضه قدر المستطاع ، ومن الأفضل تعليم الطفل استخدام أسلوب لعب الأدوار حين التعامل مع الطفل ، وذلك عندما لا يشعر الطفل بعدم الكفاءة وعدم القدرة على التصرف . فتكرار هذا الأسلوب في جو حال من القلق والتوتر والضغط يؤدي إلى تحميله تدريجياً من التأثأة .

ومن المهم أيضاً تشجيع الطفل على التعبير عن مشاعره واهتمامه عند وقوع أحداث مؤلمة ، مع تقديم التعاطف والتطمين له .

وينبغي أيضاً عدم استعجال الطفل بطلب الكلام ، فالصبر والتفكير وخفض التوتر جميعها تساعد على ذلك .

ومن اللازم أيضاً عدم تصحيح النطق بجمل الطفل بعيد كلمة أو جملة مرة أخرى ، أو الضغط عليه للتحدث أمام الأصدقاء أو الأقارب لأن ذلك يزيد الشعور بالارتباك ويزيد من التأثأة . ولا بد هنا من خفض التوتر لديه عن طريق ممارسة نشاطات ممتعة .

ولا بد أيضاً في بعض الحالات من خفض توقعات الوالدين من الطفل ، إذ أن بعض الآباء لديهم توقعات عالية أو ضمنية بأنه يجب أن يتحسن كلام الطفل .

لذا لا بد للوالدين من كبت قلقهم ، وتشجيع آبائهم بما يساعد الطفل على التخلص من التأثأة . فبعض الآباء يتصفون بالكهالية ويظنون أن أداء أطفالهم ينبغي أن يكون أفضل بكثير .

٤ - الدسم والتشجيع والكافئة :

من الضروري وكخطوة أولى عدم مكافئة التأتأة دون قصد وذلك عن طريق الانتباه للطفل الذي يتلعثم ، فأي شكل من أشكال الاهتمام قد يؤدي إلى تقوية التأتأة لدى الطفل .

وقد يتجلب الاهتمام بالطفل عن شكل انتقاد أو تعاطف أو صرف وقت مع الطفل أو إعطائه امتيازات إضافية .

لذا ومن أجل تخليص الطفل من مشكلة التأتأة لا بد من تجاهل المشكلة تماماً ، وعدم السخرية من الطفل ، واستخدام الأسلوب السلوكي الذي يعتمد على عمليات الإطعام للانعكاسات الشرطية . ثم استخدام نظام من التعزيز بحيث يحصل الطفل على الثناء عند انقطاعه لفترة قصيرة عن التأتأة ، وإذا تم ترتيب نظام التعزيز بشكل مناسب فإن الطفل سوف يحصل على الكافئة فوراً .

وينبغي أن تكون فترات التدريب قصيرة إلى درجة تكفي لضمان عدم وجود تأتأة في أثنائها على أن يزداد طول هذه الفترات كلما قل تكرار التأتأة . لذا فإن الطفل يعزز من سلوكه الإيجابي بالتحدث بسهولة وبسر (شير وآخرون ، ١٩٨٩) .

ثانياً : مص الأصابع Thumb Sucking

منهوم ظاهرة مص الأصابع ومظاهرها :

تعتبر عادة مص الأصابع شائعة عند الأطفال وخاصة في السنة الأولى والثانية ، حتى يمكن القول إنها عرف عندهم بدلاً من تسميتها عادات . ولهذا يمكن اعتبار مص الأصابع سلوكاً عادياً في الطفولة المبكرة ، ومن أكثر العادات انتشاراً بين الأطفال ، وهي تتبع سلسلة من التغيرات الحركية العضلية النافعة للطفل والمؤدية إلى الإصابع وحلوث اللثة . فاللص والعض وسيلتان لإثارة إحساسات عضوية لذيلة يتمسك بها الطفل . بيد أن الأطفال يغلبون فيها بينهم تفاوتاً كبيراً فيما يتعلق بالتمسك بتلك العادات والقدرة على التخلص منها فقد تكون عند البعض عابرة وتقل مع التقدم في العمر ، في حين أنها تستمر عند

البعض الآخر .

وقد دلت الدراسات أن ٤٠ ٪ من هم في عمر سنة واحدة و ٢٠ ٪ من هم في عمر خمس سنوات و ٥ ٪ من هم في عمر ١٠ سنوات يمتصون أصابعهم بشكل واضح في الولايات المتحدة الأمريكية (شيفر ، وآخرون (١٩٨٩) .

كما لاحظ Klackenberg (١٩٤٩) أن نصف عدد الأطفال الذين درسهم وعلدهم (٢٥٩) طفلاً عن كانوا يمتصون أصابعهم كانوا في سن عام واحد .

كما وجد Brazylton (١٩٥٦) أن ٩٠ ٪ من مجموعة الأطفال وعلدهم ٧٠ ، طفلاً متفوقين في نومهم كانوا يمتصون أصابعهم خلال العام الأول من عمرهم وعندما أكملوا عاماً من عمرهم وجد أن أربعة فقط استمروا في المص .

وهكذا فإن معظم الأطفال يتخلصون من هذه العادة مع الزمن بشكل طبيعي ، إلا أن عدداً قليلاً منهم يستمر حتى سن المراهقة أو الرشد .

وأظهرت بحوث شيفر ، وآخرين (١٩٨٩ م) أن الأطفال الذين يمتصون أصابعهم بشكل متكرر في السنوات الأولى من العمر ، سيقلع منهم حوالي ٥٠ ٪ عن هذه العادات في عمر خمس سنوات ، و ٧٥ ٪ منهم سيتركها في عمر ٨ سنوات ، و ٩٠ ٪ منهم سيتخلص منها في عمر عشر سنوات . هذا ويتنشر مص الأصابع المزمع بين الإناث أكثر منه عند الذكور .

لقد تبعت Yarrow (١٩٥٤) ٦٦ طفلاً منهم ٢٨ ولداً ، و ٣٨ بنتاً لعدة سنوات ، وقد ذكرت أن ثلثي الأطفال كانوا يمتصون إصبعهم (٦٤ ٪) من وقت إلى آخر خلال فترة البحث ، كما وجدت أن عدد البنات اللاتي يمتصن أصابعهن أكثر بعض الشيء من عدد الأولاد وأن نصف عدد الذين يمتصون أصابعهم ما زالوا يمتصونها حتى سن الرابعة .

لذا فظاهرة مص الأصابع تعبر عن صورة من صور النمو التي قد تزود الطفل بالارتياح والطمأنينة ، وهي لا تدل على أنها تمثل أضراراً عضائية في كل الحالات ، وإن كانت مؤشراً قد تكون له دلالة على سوء التوافق ودلالة على خيبة الآباء في عملية التربية . وإذا استمرت إلى سن ما بعد السادسة من العمر فإنها

تدل عل وجود الاضطراب النفسي لدى الطفل مما يتحتم البحث عن الأسباب وسبل العلاج .

الأسباب :

يعتبر المصّ بحدّ ذاته دافعاً قوياً عند الصغار ، حتى أنّ بعض الدراسات أظهرت أنّ بعض الأجنة لمصّ أصابعها وهي في بطون أمهاتها .

ولكن هناك الرضع الذين لا يمصّون أصابعهم من أجل الغذاء بل لأنهم يجدون في ذلك متعة وشعوراً بالسعادة والراحة والاسترخاء واللعب والحركة ، ولذلك يقبلون على تكرارها باستمرار .

.. لكن هناك من الأطفال من تطلّ لديه الرغبة في مصّ أصابعه حتى بعد الفطام ، ويلجأ إليها كلما وقع في أزمة نفسية أو موقف إجباطي ، أو عندما يوجد مع أشخاص غرباء ، أو عندما يترك وحيداً ، ومن المعروف فإنّه إذا ما أعاق استجابة الطفل الموجهة نحو هدف معين أي عائق ، يسعى الطفل إلى البحث عن فرص أخرى لأداء الاستجابة المشبعة البديلة ، أو قد يلجأ إلى مصّ الأصابع . فهذه المادة تدلّ على عدم الاستقرار الانفعالي ودليل على الاضطراب النفسي .

وينظر أصحاب نظرية التحليل النفسي إلى عملية المصّ على أنّها مصدر كبير لرضا الطفل أكثر من كونها مجرد إشباع للمطالب الغذائية ، وقد أعطيت أهمية كبيرة للذة النفسية في مجال النمو النفسي واعتبر على أنّه تكوّن إلى المرحلة النفسية خاصة عندما يتخلل عنها الطفل ويعود إليها ثانية عند شعوره بعدم الأمن ، أو توقع العقاب الشديد .

ويذكر بعض المحللين النفسيين أنّ الحاجة إلى الامتصاص فريضة تتطلب الإشباع ، فإذا لم يحدث الإشباع الكافي من خلال الامتصاص للطعام فإنّه يستكمل عن طريق مصّ الأصابع ، أو مصّ الزجاجة الفارغة لو أي شيء يمكن أن يجده حوله . وقد أجرى David Levy (١٩٣٤) ملاحظة على مجموعة من صجول البقر الرضيعة والتي يرضع بعضها من ثدي الأم في حين أنّ البعض الآخر يشرب اللبن من إناء ، وقد استنتج أنّ المعجول الرضيعة التي تناولت اللبن من الإناء أظهرت عملية امتصاص أكبر من المعجول التي رضعت من الثدي ، وظهر سلوكها على شكل مصّ أذان المعجول الأخرى

كما أجرى Levy « تجربة أخرى على الجراء (كلاب رصيدة) حيث
خذى ثلاثة منها من زجاجات يتدفق منها اللبن ببطء ، وغدّى ثلاثة جراء أخرى
من زجاجات يتدفق اللبن منها بسرعة ، وقد لاحظ أنّ الجراء الأخيرة قامت
بالاتصاف أكثر من الأولى رغم اتصاف كل الحليب من الزجاجات من قبل
مجموعة الجراء .

كما لاحظت « Kunst » (١٩٤٨ م) ظاهرة اتصاف الإبهام والأصابع
على (١٤٣) رضيعاً في أحد ملاجى الأيتام ، فوجدت أنّ هذا الاتصاف يزداد كلما
طالت الفترة التي تلي تغذية الطفل سواء أكان نائماً لم مستيقظاً .

وهالك تجربة قام بها سيد ورايز Sears and wiso (١٩٥٠ م) لإثبات
صحة نظرية التحليل النفسية ، إذ درس (٨٠ طفلاً) عادياً تتراوح أعمارهم بين
٢,٣ سنة و ٧,١٠ سنوات وذلك من أجل معرفة :

- كيف كانت طريقة تغذيتهم ؟

- مدة حصولهم على الغذاء عن طريق الاتصاف .

- الطريقة التي تمت بها عملية العظام ومنى عسرتها .

- ما هي الفروق الهامة الموجودة ؟

فبعض هؤلاء تمت تغذيتهم منذ الميلاد عن طريق الكوب ، في حين أنّ
البعض الآخر بدأت تغذيتهم بالكوب بعد أسبوعين من الميلاد .

وقد صنفت المجموعة من حيث القطام إلى :

قطام مبكر - قطام متوسط - قطام متأخر .

وطبقاً للنظرية الفريزية في التحليل النفسي فإنّ من المتوقع أن نجد أنّ
المجموعة التي تمّ قطامها مبكراً سيكون القطام أكثر إحباطاً لها وستكون أكثر مصاً
لأصابعها .

لكن الدراسة أثبتت العكس فقد كان الأطفال المتأخرون في قطامهم هم
الأكثر شعوراً بالإحباط والأكثر رغبة في مص الأصابع من المجموعات الأخرى ،
بمعنى أنّ الفروق كانت في الاتجاه المضاد لما تقول به نظرية الغرائز

أما نظرية التعلم فقد كان لها وجهة نظر أخرى فيما يتعلق بعملية المص ، فهي ترى أن الأطفال الذي يتناولون غذاءهم عن طريق كوب الحليب سيكونون أقل ميلاً إلى عملية المص حتى المصحوب بتدفق الغذاء ، أما الرضع الذين يتناولون غذاءهم عن طريق الثدي أو الزجاجية سيكونون أكثر ميلاً إلى عملية الامتناس ، كما أن الأطفال الذين يتناولون غذاءهم من طريق الثدي يكونون أكثر ميلاً من الجميع إلى عملية المص .

ولهذا فقد أجرى Davis (١٩٤٨) تجربة قسم فيها عينة من ٦٠ طفلاً إلى ثلاث مجموعات متساوية ، الأولى تتلقى من أكواب الحليب ، والثانية تتلقى من زجاجات الحليب ، أما الثالثة فتتلقى غذاءها عن ثدي الأم وذلك خلال الأيام العشرة الأولى من الحياة .

وقد حلت النتائج على أن الأطفال الذين تغلوا من ثدي الأم أكثر ميلاً إلى مص الأصابع من المجموعتين الآخرين ، في حين أن المجموعتين الآخرين لم تحتلها اختلافاً بيناً في ذلك .

وتشير بعض الدراسات إلى أن عادة مص الأصابع عند الأطفال العصبيين ليست سوى عرض من الأعراض العامة ، حيث أن الطفل ينام قليلاً أو يتأفف في أكله ، ويكثر بكائه وتصيبه نوبات كثيرة من العصب ، كما تبدو عليه دلالات أخرى من عدم استقرار الجهاز العصبي .

- ولهذا يمكن اعتبار القلق أحد الأسباب الرئيسية الكامنة وراء عادة مص الأطفال للأصابع ، فالطفل في أثناء وجوده في جو مشحون بالانفعالات والقلق ، ووجود أفراد عصبيين من حوله يجعله يكتسب هذه العادة من حوله لتصبح سلوكاً ظاهراً لديه .

- والجدير بالذكر فإن ضعف قدرة التلمذ على التحصيل كبقية زملائه يؤدي إلى شعوره بالتأخر الدراسي ، مما ينجم عنه شعور بالنقص ، ويجعل أحياناً اتجاهات المدرس سلبية نحوه (نبذ ، إهمال ، اتهامه بالغباء .. الخ) ، ويؤدي إلى ظهور عادة مص الأصابع لدى الطفل .

- كما أن أساليب معاملة الوالدين في المنزل والتي تكون أحياناً غير مناسبة مع الطفل كالنقد المستمر له ولتصرفاته ، مع القسوة المفرطة في أثناء التعامل

معه ، أو التذليل الزائد ، أو التضارب في أساليب المعاملة بين الأم والأب . كل ذلك يؤدي إلى ظهور هذه العادة غير اللائقة اجتماعياً .

- بالإضافة إلى ذلك فإنَّ التغذية غير الكافية ، أو التي تتم على فترات متباعدة أو حرمان الطفل من الطعام ، كل ذلك يؤدي إلى لجوء الطفل إلى عملية مصّ الأصابع بالرغم من أنها لا تؤدي إلى إشباع حاجة الجوع لديه .

- كما أنَّ إصابة الطفل ببعض الأمراض الجسمية مثل ضيق النفس ، والتهاب اللوزتين ، والإصابة بالزوائد الأنفية ، وسوء الهضم ، واضطرابات الغدد ، من شأنها أن تؤدي إلى ظهور هذه العادة .

- كما أنَّ عدم الاستقرار النفسي الناجم عن شعور الطفل بالمعجز الجسمي أو العقلي (وما يصاحبه من ضعف في التركيز) ، بالإضافة إلى حالات التخلف العقلي التي تؤدي إلى عدم استقرار الحركات العصبية لدى الطفل ، كل ذلك يمكن أن يؤدي إلى عادة مصّ الأصابع .

إنَّ هذه الأساليب التي يلجأ إليها الطفل في مواجهة مشكلاته ليست إلاَّ أساليب سلبية تؤدي بالطفل إلى الانسحاب والعزلة والتجمل في أثناء مواجهة المشكلات .

أضرار مصّ الأصابع :

تشير الكثير من الدراسات وخاصة التي أجراها Lewis (١٩٣٠) ، و Johnson (١٩٣٩) إلى أنَّ مصّ الأصابع له آثار ضارة في ظهور الأسنان الدائمة خلال العام السابع ، كما يساعد على تكوين المعنى العذواني للخص .

كما أنَّ عمر الطفل ومدة المص وشدة وساعة الفم كلها تؤثر في إمكانية حدوث مشكلات في الأسنان ، ممَّا يؤدي إلى تنوء الأسنان إلى الخارج عادة ، وعدم إطباقها بشكل صحيح .

وتكون آثار مصّ الأصابع ضئيلة عادة إذا توقف المصّ قبل ظهور الأسنان الدائمة .

بالإضافة إلى ذلك فقد لوحظ أن من يمصّ اصبعه أميل إلى أن يكون أقل

احتمالاً لأن يستجيب إذا نودي بإسمه .

كما أنّ من ممصّ لإصبعه يميل في أثناء المصّ إلى الانقطاع عن العالم الخارجي ويصبح مهكاً بذاته ، ويكون حديثه العفوي متوتراً ، وتزداد مشكلاته عندما يكبر ويصبح واعياً لسلوكه الطفلي حين يسخر منه الأبطال الآخرون .

طرق الوقاية والعلاج :

ماذا يستطيع الآباء والمربون أن يفعلوا كي يمنعوا حدوث ممصّ الأصابع المزمن عند أطفالهم ؟

فالكشف عن تربية الطفل إنما هو بما يقول وما يفعل ، وهناك عدة إجراءات يمكن من خلالها وقاية الطفل من عادة ممصّ الأصابع أو علاجها في حالة وجودها ، وعاصمتها في من ما بعد القطع أو بعد سن الثالثة من العمر . وأهم هذه الإجراءات ما يلي :

١ - توفير الأمان للطفل provide security :

إنّ شعور الطفل بالأمن والأمان يقلّل ظاهرة ممصّ الأصابع عنده ، فإذا كان الطفل يعاني من صعوبات مدرسية ، أو تنافس بين الأشقاء ، أتى ذلك إلى ميله إلى ممصّ الأصابع .

ولذلك لا بدّ من تهيئة جو مريح للطفل في المنزل وأن يكون أمناً ، وهادئاً وسعيداً ، وأن تكون علاقته مع والديه أقرب إلى الصداقة ، مع إزالة كل مظاهر القلق والاضطراب والتوتر التي يتعرض لها الطفل والعمل على حل صراعاته .

٢ - التجاهل Ignoring :

من الأفضل للآباء أن يتجاهلوا عادة ممصّ الأصابع عند أبنائهم ، وأن يصرفوا جانباً من العناية والقلق الذي يشعرون تجاه هذه الظاهرة ، ونذكر الآباء بأنّ معظم الأطفال يقلعون عن هذه العادة بإرادتهم عند سن خمس أو ست سنوات ، وعادة قبل ظهور الأسنان الدائمة . زد على ذلك فإنّ تركيز الآباء على عادة ممصّ الأصابع عند أبنائهم يمكن أن يزيد المشكلة تعقيداً . فالشيء المستمر المصحوب بالتهديد والوعيد ومشاعر النبذ والكراهية تقوي هذه العادة عند الطفل وتدفعه إلى

العناد والمقاومة وكسب الموقف لصالحه .

كما أنَّ الطفل عندما يظهر مشكلات انفعالية بالإضافة إلى مصّ الأصابع (خوف ، عدوان) فإنَّ إيقاف مصّ الأصابع قد يعجل في ظهور مشكلات سلوكية أخرى مثل تقلّص عضلات الوجه اللاإرادي مثلاً

لذا من الأفضل عدم المبالغة في الانتباه إلى هذه العادة التي تختفي بمرور الوقت من خلال التوجيه والإرشاد ، واتباع موقف متسامح مع الأطفال الصغار الذين يمصون أصابعهم . وأظهر للطفل من خلال أقوالك وأفعالك أنك لا تعتبر مصّ الأصابع أمراً ذا أهمية كبيرة . ولا بد من تركيز الجهود على إرشاد الطفل على التخلص من هذه العادة شيئاً فشيئاً ، وأن ننمي لدى الطفل الشعور بالسعادة والمحبة والقبول . وينصح في هذه الحالة في أثناء تجاهل عادة مصّ الأصابع عند الطفل أن نبقى الطفل مشغولاً بنشاطات هادئة بناءة بديلة بحيث تبقى اليدين مشغولتين ، وأن نوفر له موائد لعب متنوعة تستدعي الاستخدام الفعال ليديه مثل المعجون وأقلام التلوين .

٣ - استخدام مصاصة كاذبة Pacifier :

تؤيد البحوث الحديثة استخدام المصاصة كبديل لمصّ الأصابع . وقد بينت الدراسات أن الأطفال الذين يستخدمون المصاصة الكاذبة خلال السنة الأولى من العمر تظهر لديهم حالات مصّ الأصابع على نحو قليل في سنوات الطفولة اللاحقة .

٤ - إطالة فترة الرضاعة Increase Sucking Time :

لا بد من إطالة فترة إرضاع الطفل خاصة إذا ظهر أنه يمحس إصابته بعد الانتهاء من الرضاعة مباشرة أو على فترات متكررة بين الرضعات .

ومن الأفضل استخدام حلمة ثديي يسيل منها الحليب ببطء وإطالة فترة الرضاعة أكثر مع الاسترخاء ، وعدم الاستعجال في نقل الطفل من برنامج رضاعة مرة كل ثلاث ساعات إلى برنامج مره كل أربع ساعات . كما يمكن أيضاً تأخير فطام الطفل من ثدي الأم أو الرضاعة .

٥ - الثواب والعقاب Rewards and Penalties :

إن استخدام الثواب مثل المدح الاجتماعي أو تقديم مكافأة مادية ملموسة . مثلاً الطعام والألعاب من قبل الآباء يساعد الأطفال في السيطرة على عائد مص الأصابع . لذا فإن وضع نظم للتعزيز يقصر من حدوث مص الأصابع . فلذا كان أصبح الطفل جافاً يقوم الأب أو الطفل بوضع نجمة على لوحة منشورة بشكل بارز . ويؤدي حصول الطفل على خمس نجوم إلى حصوله على مكافأة مادية أو جائزة ومن ثم يمكن أن يحصل على الجائزة بعد حصوله على عشر نجوم وهكذا .

وفي مقابل ذلك فإن فرض عقاب بسيط على الطفل في كل مرة يشاهد فيها وهو يمص إصبعه ، يمكن أن يساعد في إضعاف هذه العادة عند الطفل . والمقوية الثالثة هي سحب المعززات الإيجابية مثل الامتناع عن شرح قصة للطفل قبل النوم ، أو إغلاق التلفزيون لمدة خمس دقائق كلما شاهده الطفل وهو يضع إصبعه في فمه . . . وهكذا .

٦ - التوجيه Guidance :

يمكن في حالة الأطفال الكبار الذين يستمرون في ممارسة هذه العادة في سنوات المدرسة إعطاء توجيهات تبين الآثار السلبية التي تنجم عن عادة مص الأصابع وأن يستار فضول الطفل ليتعاون مع الوالدين في تصحيح هذه العادة من خلال الإقناع ، وتذكيره دائماً إذا ما نسي واستمر في عادة مص الأصابع .

كما يمكن إبداء علم الرضا عن هذه العادة الموجودة عند الطفل وإظهار الثقة بقدرة على التخلص منها . كما يجب على الوالدين عدم التحمل من ظهور هذه العادة لدى أبنائهم أو التحدث عنها باستمرار كمسكلة لا حل لها .

وإذا بدأت الجهود بالفشل يحل من إرغام الطفل قسراً على التخلص من هذه العادة، لأنه يمكن أن تتولد عند الطفل مشكلات انفعالية أكثر صعوبة وخطراً . كما يمكن للآباء والمربين من توجيه الأطفال لشغل أنفسهم بأنشطة يندوكة متعبة وتشرعهم بقيمتهم وقدرتهم على مساعدة الآخرين من خلال القيام بأعمال كثيرة .

٧ - الإجماع Suggestion :

من المعروف أن الأطفال سريعو التأثير بالإجماع ، خاصة عندما يكونون صغاراً جداً . ولذلك يمكن القول بصوت ناعم وأسلوب مهلئد ومنوم في أثناء استرخاء الطفل ونمائه (إنك حقاً تكبر وتزداد ذكاءً يوماً بعد يوم ، وقریباً سوف تبدأ بالذهاب إلى المدرسة مثل الأولاد الكبار ، وسوف تصبح كبيراً جداً ولن تمضِ إصبعك بعد الآن ، كثير من الأطفال الصغار يحسون أصابعهم وربما كنت أنا أيضاً أمضِ إصبعي عندما كنت طفلاً صغيراً ، ولكن إذا كنت قد فعلت ذلك ، فلأنني عندما كبرت مثل الكثيرين من الأولاد والبنات الصغار ، توقفت عن مضغ إصبعي لأنني كبرت ، وسوف أراهن أنك أنت أيضاً قريباً ستصبح كبيراً جداً بحيث لن تمضِ إصبعك بعد الآن ، وربما سيحدث ذلك في الشهر القادم ، وربما سوف تصبح كبيراً جداً ، أو ربما بعد غد ، بحيث عندما يدخل إصبعك في فمك سوف تقول : لا يا أصبع ، لن أقوم بمضغك بعد الآن ، لأنني أصبحت الآن كبيراً ، عليك أن تبقى خارج فمي .

إن الكبار لا يقومون بمضغ أصابعهم ، هذا ما يفعله فقط الساس الصغار .

سوف أصبح كبيراً ، أنت يا سيد أصبع ، ابعده خارج فمي . نعم يا عزيزي إنك تكبر وتزداد قوة وقریباً لن تمضِ إصبعك أبداً أبداً (شيفر ، وآخرون ، ١٩٨٩ ص ٢٤٢) .

٨ - المكافأة :

توفير الهدايا ، والأنشطة اللازمة والمناسبة للطفل مع توفير المدوھ اللازم لممارسة فعالياته ، وتنظيم فترات العمل والراحة ، وتوفير بيئة صالحة يشعر فيها بالأمن والاستقرار النفسي .

٩ - العناية الصحية :

ضرورة العناية الصحية والفحوص العلية الدورية للتعرف على الأسباب الجسمية التي قد تساعد على ظهور الاضطرابات العصبية لديه (حين ، ١٩٨٦) .

ثالثاً : قضم الأظافر Nailbiting :

أكدت الدراسات الحديثة أن هناك عدداً كبيراً من الأطفال والتلاميذ يقضمون أظفارهم من وقت إلى آخر وبدرجات مختلفة (قد يصل بعضها إلى أسفل مستوى الجزء العلوي من الخلد للحيط بالظفر) . وأن عدداً منهم يستمرون في هذه العادة بشكل متكرر وإلى وقت متأخر ، وفُلت الدراسات أيضاً أن هذه الظاهرة تنتشر حتى بين طلبة الجامعات حيث يعاني منها ٢٥ ٪ - ٣٦ ٪ من مجموعة الطلبة . ولذا نرى بأن قضم الأظافر عند الأطفال عبارة عن ظاهرة سلوكية تبدو على شكل قضم متكرر للأظافر ، وتظهر من وقت إلى آخر وبإي نسبيات معينة ، ويكون من الصعب السيطرة عليها وتغييرها .

كما وجد أن هذه الظاهرة أكثر شيوعاً بين الإناث منها بين الذكور .

فقد وجد فالتشاين ، وآخرون (Valenstine , et . al (١٩٥٥) من خلال دراساتهم أن حوالي ٦٠ ٪ من الذكور ، و٦٠ ٪ من الإناث بين سن ٨ - ١١ سنة من العمر يقضمون أظفارهم ولكن بدرجات مختلفة . وقد أظهرت الدراسة أيضاً أن الذكور يقضمون أظفارهم بشدة أكثر من البنات في الأعمار ما بين ٧ - ١٥ سنة وهذه الفروق دالة إحصائياً . أما في عمر أقل من سبع سنوات فيبدو أن الذكور أقل قصاً حاداً من البنات . كما أظهرت الدراسة أن أكبر نسبة من القضم الحاد كانت في سن ١٢ سنة بالنسبة إلى الذكور .

أما من موجد ظهور قضم الأظافر عند الأطفال فقد بينت إحدى الدراسات (منصور ، ١٩٨١) التي أجريت على الأطفال الذين يقضمون أظفارهم بحدة من كلا الجنسين في سن ٨ - ١٠ سنوات أن ٥٣ ٪ من هؤلاء لا يعرفون متى يقضمون أظفارهم لو أنهم لا يقضمونها في أوقات معينة . وأن ٢٣ ٪ منهم يقضمون أظفارهم في السبنا أو أمام التلفزيون ، و ٨ ٪ يقضمون أظفارهم عند قراءة كتاب مثير أو سماع قصة أو رؤية حادثة مثيرة ، من فيلم أو تلفزيون ، في حين أن ١١ ٪ يملكون إلى قضم أظفارهم عند تركيز انتباههم في المدرسة .

لذا فإن هذه العادة تُعتبر من أكثر العادات صعبة من حيث قابليتها للتغيير ، إذ إن الذين يقضمون أظفارهم يكونون حساسين بالنسبة إلى استئذان

المجتمع ، لذا فإنهم يقضون أوقاتهم في أثناء عزلتهم .

الأسباب :

يرى العديد من الباحثين أن ظاهرة قضم الأظافر تعد طريقة للتخلص من التوتر والقلق كما تعد أيضاً تعبيراً عن العدوان المكبوت والتكيف الوجداني السيء .
Hadfield (١٩٥٠) ، Koch (١٩٣٥) .

كما يرى بارتون هول Barton Holl (١٩٤٧) ، أن أغلبية حالات قضم الأظافر الحد نميز الأطفال ذوي النشاط الزائد والحساسية الزائدة وعدم الاستقرار . وقد يلجأ الأطفال إلى تقليد سلوك والديهم ، إذ أن الطفل يقلد أباه أو أمه عندما يظهر عنده أو عندها هذه العادة لأنه يعتبرهما للكل الذي يجب أن يقتدي به . كما يقلد الطفل زملاءه من التلاميذ الذين تظهر لديهم هذه العادة . كما أن بعض الأطفال يمارسون هذه العادة عند عدم احتياجهم مشاهدة ظفر مثلهم لديهم .

وهناك بعض الأسباب التي تؤدي إلى عدم استقرار الطفل انفعالياً هي^(١) :

أولاً : أسباب جسمية ووراثية :

فقد تكون لدى الطفل حالة جسمية ينسب عنها عدم الاستقرار والمصيبة مثل الإصابة بالدهيدان ، وتصخم اللوزتين ، أو الزوائد الأنفية إلى جانب سوء الحضم والاضطرابات الغدية وكل ما يؤثر في الصحة العامة تأثيراً سيئاً .

أما من الناحية الوراثية فقد يرث الطفل بعض الخصائص التي تساعد على تكوين المصيبة أو عدم الاستقرار عنده ، وهذه الخصائص الوراثية تتفاعل مع البيئة وتكون حلقة متصلة تقوي كل منها الأخرى .

كما قد تصاحب المصيبة وعدم الاستقرار بالصف العقلي في بعض الحالات ، إذ أن المتأخرين عقلياً يكون أقل من غيرهم قدرة على توجيه نشاطهم ، وضبط حركاتهم ، لذا نجد أنهم متأخرين في النمو الحركي . كما أن عدم قدرتهم على مسيطرة زلاتهم في ألعابهم وحركاتهم ونشاطهم يجعلهم يتضايقون

(١) منصور ، محمد جميل محمد يوسف : أمراض في مشكلات الطفولة ، مجلة ، جدة ، المملكة العربية السعودية ، ١٩٨١ .

ويتصفون بالعصبية وتزداد حالتهم سوءاً مما يجعلهم يقضون أظافهم

ثانياً : الأسباب النفسية والبيئية :

من الأسباب النفسية التي تؤدي إلى عدم استقرار الأطفال وعصبيتهم ما يلي :

١ - الشعور بالبوؤس الناتج عن عجز الطفل في الوصول إلى المستوى الذي يمتنى الوصول إليه . مثل : التأخر في قدرة عقلية أو حسية أو جسمية معينة . أو عندما يكون الطفل قد حُرم من مميزات يتحل بها أحوته فيُفصلون عليه ، وعندما يُحرم أيضاً من التقدير والاهتمام .

٢ - وجود العطل في أماكن يشعر فيها بالشقاء ويقضي فيها جزءاً كبيراً من وقته كل يوم كالدرسة والمنزل مما يؤدي إلى عصبية وعدم استقراره . فالإكثار المملوء بالمواقف التي تقف دون تحقيق حاجاته المختلفة كالحاجة إلى الحرية واللعب والحركة يؤدي إلى شعور الطفل بالشقاء .

٣ - وتبين الدراسات أن الطفل يُمارس هذه العادة عندما يستثار انفعالياً أو في حالات التعب الشديد أو في حالات الإهمال والحرمان . ولكن عندما يهتمك الطفل في حبل أو نشاط يستخدم فيه كلتا يديه فإنه لا يلجأ إلى مثل هذه العادات ، إلا نادراً ، كما أظهرت بعض الدراسات أن الأطفال ذوي العادات القمية البارزة تتكرر إصابتهم بالتهاب الحلق أكثر من الأطفال الآخرين عموماً .

٤ - وعادةً قضم الأظافر عند الأطفال دليل على ضعف توافقهم النفسي والاجتماعي ، فقد يقوم بها الطفل أحياناً كرسخة في إزعاج والديه ، ويمكن أن تدعم هذه العادة عند الطفل عندما يظهر الوالدان انزعاجاً لوجود رثيهم الطفل وهو يقضم أظافره . كما يكشف ذلك الإحساس المضطرب عن حاجة الطفل إلى عقاب نفسه لشعوره بالسخط على والديه والعداء الموجه لهما (حسين ، ١٩٨٦) .

٥ - ويرى بعض الباحثين أن قضم الأظافر عند الأطفال دليل على فشل الآباء في صلية التنشئة الاجتماعية .

الوقاية والعلاج :

لا بد من المحافظة على أظافر الطفل مقصودة بحيث لا يكون لها حواف نائكة تستدعي الطفل إلى التخلص منها .

كذلك لا بد من جعل الطفل يُمارس نشاطاً عضلياً بحيث تظل يده مشغولتين بنشاطات هادئة .

ولكن قد يستخدم البعض وسائل معينة لمنع الأطفال من قضم أظافرهم مثل وضع عطاء معدني للإبهام ، أو وضع جبيرة للفراخ للحد من حركته ، أو دهن الإبهام والأصابع بمادة مرة للذائق ، أو اللجوء إلى الثأيب والتربيع ، أو جعل الطفل يشعر بالحزي لممارسته عادة قضم الأظافر .

ولكن هذه الوسائل ليست سليمة في علاج قضم الأظافر وقد يكون لها آثار سلبية أشد خطراً من العادات نفسها .

فالعلاج الصحيح يكون في العناية بالطفل والاعتراف بحاجاته الأساسية في مرحلة الرضاعة وضرورة إشباعها بصورة سليمة الأمر الذي يقلل من تكوين العادات غير السليمة المتصلة بالضم .

فعادة قضم الأظافر عادة مألوفة تستدعي الانتباه والاهتمام ولا بد من العمل على علاجها على أسس سليمة قائمة على تشخيص مسبب لبيان الأسباب المؤدية إليها .

لذلك على الوالدين أن يناقشا مع الطفل مساوئ هذه العادة ، مع رفع دافعية الطفل للتغلب على هذه المشكلة ، ويمكن الطفل الذي يمتلك دافعية لوقف هذه العادة أن يجمع بين عدة استراتيجيات منها :

١ - الاحتفاظ بسجل :

يمكن للأطفال في سن الثامنة من العمر أو أصغر سناً أن يلاحظوا أو يسجلوا المرات التي يقضمون فيها أظافرهم ووضع علامة على بطاقة في كل مرة يقومون فيها بقضم أظافرهم ، وتدوين ما الذي كان يفعله قبل البدء بقضم أظافره مباشرة . وقد أظهرت الدراسات أن مجرد تسجيل مدى تكرار السلوك المشكل

غالباً ما يؤدي إلى إقصائه ، لأن هذا السجل يؤدي إلى زيادة الوعي وإلى تقييم كيفية استغلال الشخص لوقته وجهده .

٢ - المكافآت Rewards :

يمكن للأبوين أن يحددوا أهدافاً للتحسن فيمجرد أن يبين السجل عدد المرات التي يقوم فيها الطفل بقض مضامره خلال اليوم ، وأن هذا العدد قد تناقص خمس مرات ، يعطيا الطفل مكافأة صغيرة يومياً إذا حقق الهدف . ويمكن أيضاً للطفل أن يحقق مكافأة كبيرة في الأسرع مثل . اصطحاب الطفل في زيارة للأصدقاء ، أو قضاء وقت أطول في مشاهدة التلفزيون . كما يمكن استخدام نظام النقاط بحيث يحصل الطفل على خمس نقاط على البطاقة إذا تناقص عدد مرات قضم الأظافر عنه بمقدار خمس مرات .

وبالإضافة إلى تقديم المكافآت يمكن الاهتمام بالثناء على الطفل من قبل الراشدين مما من شأنه أن ينقص عادة قضم الأظافر

٣ - العقوبات :

يمكن جمع الثواب مع العقاب في معالجة ظاهرة قضم الأظافر حيث يؤدي ذلك إلى نتائج أسرع . فقد يكون سحب المكافأة الإيجابية مثل حرمان الطفل من مشاهدة التلفزيون لفترة من الوقت أو خسارته لبعض النقود من مصروفه اليومي كلها شواهد من قبل الأبوين وهو يقضم مضامره مجدداً في علاج هذه الظاهرة .

٤ - التدريب على زيادة الوعي Awareness Training :

يمكن مساعدة الطفل في هذه الحالة ليصبح أكثر وعياً بمشكلاته ، وذلك بأن يطلب منه أن يتخصص خمس دقائق كل صباح وكل مساء ليجلس في مكان هادئ أمام مرآة ويقوم ببطء بتشكيل حركات قضم الأظافر كما لو كان يقوم بقضمها فعلاً ، وفي أثناء قيامه بتشكيل الدور عليه أن يقول بصوت عالٍ : هذا ما لن أفعله اليوم .

وهذا الإجراء يساعد على زيادة وعي الطفل ، وزيادة قدرته على التحكم الإرادي بعادة قضم الأظافر .

٥ - تعليم الطفل استجابة منافسة Competing Response

لابد من تعليم الطفل استجابات منافسة كلما شعر بالحاجة إلى قضم أظفاره ، وذلك مثلاً بأن يمد الطفل ذراعيه على جانبيه ، ويضم قبضتي يديه بقوة حتى يشعر بالتوتر في الذراع واليد . وعلى الطفل ممارسة الاستجابة المنافسة ما بين دقيقتين إلى ثلاث دقائق بعد أن يشعر بإغواء القضم . ومن الاستجابات المنافسة أيضاً قيام الطفل بالنقر بأظفاره على سطح قلم أو يسبح بمسبحة . كما يمكن أن يكافئ الطفل نفسه فوراً لقيامه بالاستجابة المنافسة بتقديمه كأساً من الشراب أو قطعة حلوى ، مما يؤدي إلى تقوية حدوث الاستجابة المنافسة .

٦ - تعليم الطفل الاسترخاء Teach Relaxation :

بما أن عادة قضم الأظفار هي في الأصل نتيجة التوتر الشديد أو الفلق ، لذا من الممكن التحكم بها عن طريق تعلم أسلوب تكيف بديل مع هذه المواقف الكثيرة للفلق عن طريق الاسترخاء الذي يمكن التحكم به بوساطة الدلالة وتعلم الطفل كيف يصل إلى حالة من الاسترخاء كاستجابة لكلمة دالة يقولها الطفل لنفسه مثل : اهدأ ، ولهذا الإجراء خطوتان هما :

١ - التدريب على الاسترخاء العضلي التام .

٢ - مزاجية الكلمة الدالة (cue word) بحالة الاسترخاء .

ونتم ترسيخ ربط الكلمة الدالة بجعل الطفل يتبّه إلى تنفّسه في أثناء ترويده الكلمة الدالة بصوتٍ غير مسموع مع كل زفرة تنفس . ويقوم أحد الأيوين في أول خمسة اقترانات بترويد الكلمة الدالة بصوتٍ مرتفع وبشكلٍ متزامن مع زفرات الطفل ، ثم يتابع الطفل بعد ذلك هذا الإجراء بحيث يجري عملية الاقتران خمس عشرة مرة إضافية . وعندئذٍ يُمنح الطفل مدة ستين ثانية لكي يتبّه إلى شعوره العام المصاحب للاسترخاء ، وبعد ذلك يُعاد تكرار الكلمة الدالة عشرين مرة أخرى .

ويشجع الطفل على القيام بممارسة كل من تمارين الاسترخاء وإجراءات إفران الكلمة الدالة يومياً ، وعندما يتقن العملية يطلب إليه أن يقوم بملاحظة الريادة في التوتر المصاحب لقضم الأظفار ، وأن يقوم بعد ذلك بتطبيق إجراءات السيطرة من خلال الإشارة ، وهي الزفير مع ترويد الكلمة الدالة بصوتٍ غير

مجموع : اهدأ (Calm) (شيفر ، وأحرو ، ١٩٨٩)

٧ - والحذير ذكره أنه لا بد من عدم مخالفة الوالدين في الانتباه إلى هذه العادة النعمة ، ولا ، يعني ذلك تجاهلها تماماً بل إرشاد الطفل إلى التخلص منها شيئاً فشيئاً ، لأننا إذا بالغنا في أهمية ذلك الأمر أدى هذا إلى توجيه أنظار الأسرة كلها إلى الطفل لمناقشة أمره ويرون في ذلك شذوذاً ، فيستند الطفل من هذا الأمر جانباً من الرضا اللاشعوري . فأنشد ما بقوي العادة عند الطفل هو تكرار نبيه عنها ، وهذا ما يؤدي به إلى العناد والمقاومة ، خاصة إذا كان النهي مصحوباً بالتهديد والوعيد ومشاعر النبذ والكرهية والاستمزاز .

٨ - بالإضافة إلى ذلك فلا بد من العمل على تخليص الأطفال من مشاعر العداية التي تكون موجهة إلى الوالدين من خلال اللجوء إلى عادة قضم الأظفار كظاهرة تنفيسية نتيجة الشعور بالقلق والشعور باللب . وإذا أراد الوالدان تغيير عادة قضم الأظفار عند أبنائهم فلا بد أن يغيروا هذه العادة السيئة عند أنفسهم (بالنسبة إلى الآباء الذين يقضمون أظفارهم) ، لأن الأطفال يماكون أبائهم أيضاً عندما يقلعون عن هذه العادة .

٩ - وقد يفيد الإجماع في علاج قضم الأظفار عند الأطفال عن طريق استخدام « جرامفون » يوضع في حجرة الأطفال بعد أن يستغرقوا في النوم والذي يكرر باستمرار « لن أقضم أظفاري ، فقطم الأظفار عادة قلة ، ولن أقضم أظفاري مرة أخرى » . وتُدار الأسطوانة عند نوم الطفل ثم تُوقف قبل أن يستيقظ في الصباح . ويرى آيزنك (١٩٦٤) أن عدداً كبيراً من الأطفال قد أقلع عن قضم الأظفار بهذه الطريقة .

كما يرى آيزنك أيضاً أنه بالإمكان إخراج عادة قضم الأظفار من ميدان اللاشعور من خلال الالتفات إليها والنظر عن قرب على كل تفاصيلها . فقد استخدم « دونلاب » هذا الأسلوب في التخلص من قضم الأظفار والتدقيق ، حيث يطلب من الطفل أن يقضم أظفاره بإصرار وذلك عند شعابه إلى عالم النفس والجلوس أمامه لمدة نصف ساعة يومياً . وسرعان ما اختصت ظاهرة قضم الأظفار عند الأطفال وبدأ الشفاء ثابتاً نسبياً .

رابعاً : اللزمات العصبية أو التلصص الإرادي في العضلات (Tics) :

مفهوم اللزمة العصبية ومظاهرها :

اللزامة كما يرى Ascher (١٩٧٤) هي عبارة عن تقلص في العضلات المخططة ، تحدث فجأة ولفترة محدودة . كما تتميز بأنها لا إرادية وليس لها هدف واضح ، وتحدث بشكل قهري تكون عادة في أحد الأطراف العلوية أو في الوجه ، تظهر على شكل رمش العين ، ورفع الجفون أو تحريك الرأس أو الرقبة بشكل فجائي ، أو تحريك الأنف أو جوانب الفم أو تحريك الكتف ، وكذلك تعضين الجبهة ، وليّ الفم بعنف ، وقد تشمل كل جزء من أجزاء الجسم تقريباً في الحالات المتطرفة .

وهناك أيضاً اللزمات اللفظية والتي تظهر على شكل أصوات متكررة (ئي ترديد عبارات بشكل متكرر) مثل : « أنت تعرف » أليس كذلك » واللزمات العصبية غير مؤلمة ولا تؤدي إلى تلف في العضلات (صبور) .

ولهذا نرى بأن اللزمة العصبية عبارة عن ظاهرة نفسية - جسدية تظهر على شكل تقلص في العضلات أو على شكل تكرار ترديد عبارات معينة بصورة فجائية وبشكل قهري ولا إرادي دون أن يكون لها هدف واضح ، وتستمر لفترة تطول أو تقصر . والملاحظ بأن الأطفال الذين يعانون منها غالباً ما يكونون قلقين ، واعمين للوائح وحساسين ، وعنيدين وشديدي الاعتداد على الآخرين .

وأظهرت الدراسات أن حوالي ١ ٪ تقريباً من مجموع السكان يعانون من اللزمات العصبية Azzine (١٩٧٣) ، وأكثر فترات حدوث هذه اللزمات ما بين ٦ - ١٢ سنة ، حيث يعاني ١٠ ٪ من الأطفال منها ، وتبلغ ذروة انتشارها ما بين ٧ - ٩ سنوات . وبما هو جدير بالذكر فإن مستقبل هذه اللزمات على المدى الطويل مطمئن حيث أنها تستمر فقط مع ٦ ٪ من الأطفال حتى سن الرشد ، ولكن الأمر غير مطمئن عند من يعانون من لازمات متعددة . ومن الملاحظ أن هذه اللزمات العصبية أكثر انتشاراً عند الأطفال في حالة التوتر وكثيراً ما تصاحب بعض الأمراض المعدية الحادة ، وكذلك عند ذوي الخبرات الانفعالية المؤلمة

والشديدة بعد سن الثالثة من العمر . وهذه اللزمات لا تظهر في أثناء النوم . وقد أثبتت الدراسات أن حوالي ٥٠ ٪ من الأطفال الذين يُعانون من اللزمات وتشنجات ورفض عصبي يظهر رسم الموجات الكهربائية الدماغية عندهم انتشاراً غير طبيعي ، وهذا يعني أن موجاتهم الدماغية لا تعمل بشكل طبيعي ، إلا أنه لا توجد نتائج هامة يمكن أن تشير إلى وجود ورم دماغي أو آفة صرع (شيفر ، وآخرون ، ١٩٨٩) .

وظهور اللزمة يجب أن يُنظر إليها بشكل جدي كظاهرة نفسية جسمية حدثت بسبب خطأ تطور النمو الحركي (عبد الرزاق ، ١٩٨٧) . إنها تظهر على شكل ألياقف غير متناسق لأنها تظهر فجأة وبشكل لا إرادي .

تظهر اللزمة الحركية أو اللفظية عند الإنث في بداية ظهور العادة الشهرية نتيجة نقص في المعلومات لدى الفتاة عن هذه العادة .

ولا بد من التمييز بين اللزمات وغيرها من الأعراض المتصلة بالأعصاب مثل التقلصات اللاإرادية للمعضلات ، والرعشات . كما لا بد من عدم الخلط بين التقلصات الناتجة عن المستبريا التحولية ، وعصاب الوسواس القهري ، والاضطرابات الشديدة في الشخصية والتي تكون في الغالب لاإرادية بحكم كونها قهريه . ولكن يجب الانتباه إلى أن اللزمات تقع دون وهي المرض بها ، في حين أن الفرد يكون واعياً في التصرفات القهرية ، ولكنه عاجز عن التحكم بها . كما أن اللزمات تقاوم معظم أشكال العلاج النفسي ، على عكس الوسواس القهري ، والاضطرابات المستبرية التي تستجيب لهذا العلاج (Yates ، ١٩٧٠) .

الأسباب :

تتج اللزمات العصبية عن مجموعة واسعة ومتشابهة من الأسباب غير أن أكثر هذه الأسباب بروزاً ما يلي :

١ - أسباب نفسية :

تظهر اللزمات العصبية في ظروف عدم التوتر ، ولكن زيادة التوتر تؤدي عادة إلى زيادة تكرار اللزمات .

فالبضغوط النفسية التي يواجهها التلميذ في المدرسة والسابعة من علم قدرته على تلبية جميع المطالب المفروضة عليه ، هذا الشعور بعدم الكفاءة المصاحب بمشاعر الارتباك والحجل قد يؤدي إلى تطوير اللزيمات عنده ، فاللزامات يمكن اعتبارها استجابة جسمية طبيعية للتوتر . وقد دلت الدراسات أن العديد من الأطفال يستجيبون لانتقادات المعلم على اعتبارها خبرة انفعالية سلبية جداً ، إذ كثيراً ما تتطور اللزامة في جو صفي متوتر .

كما تتطور اللزيمات العصبية عند الأطفال نتيجة سلوك المضايقة والمنافسة التي يقوم بها الزملاء في المدرسة التي لا يستطيع العصر التكيف بشكل مناسب مع مثل هذه المواقف ، فهم بحاجة إلى هؤلاء الزملاء من أجل الصحة ، ولكنهم في الوقت نفسه يشعرون بالتوتر المستمر نتيجة لصحبتهم . بالإضافة إلى ذلك فقد تتطور اللزيمات عند الطفل نتيجة صدمة انفعالية يتعرض لها . لذا فإن الفقدان المفاجيء لشخص عزيز (موت) ، أو رحيل أحد الأقارب الحميمين (أب أو أم) يؤدي إلى وجود فعل عصبية - عضلية تتجلى على شكل لازيمات أحياناً .

بالإضافة إلى ذلك فإن أي خبرة خفيفة قد تؤدي إلى الانسحاب الدفاعي لبعض المجموعات العضلية . وقد يكون الارتعاش (اللزيمات) متفصلاً للتوتر العضلي ، أو قد يصبح نشاطاً مألوفاً يؤدي إلى صرف الانتباه عن الأمور غير المسارة إلى حد ما . والأساس في ذلك أن الحركة تصبح عادة يتم القيام بها بشكل متكرر ، ويؤدي هذا إلى تقوية عضلات محددة وإلى ضعف العضلات المعاكسة وبالتالي تصبح اللزامة قوية ومن الصعب التوقف عنها .

لذا فإن رمش العين المتكرر مثال على اللزيمات والتي تظهر نتيجة خوف الأطفال عند رؤيتهم حادثاً ما . فالرمش هو رد فعل انعكاسي للخوف يحاولون به إبعاد النظر عن المنظر المخيف ، ويعتدل بتسبب الرمش الزائد عن الحرف البسيط ، ويصح الرمش المتكرر عادة عامة يظهر حتى في حالة الاسترخاء .

كما أن الرغبات القوية غير المعبر عنها تسبب اللزيمات ، حيث أن أكثر مصادر الصراع شيوعاً هي الرغبات الجنسية أو العدوانية غير المقبولة ، حيث يقع الطفل في صراع بين رغبته في التعبير عن رغباته وعدم رغبته في ذلك بسبب القيم الشخصية أو الاجتماعية ، ومثال ذلك الحرف من التعبير المباشر عن الغضب الذي يتطور ليصبح لازمة لفظية مثل صوت السخر (أو تنظيف الحنجرة) وكلبت

السبب والشتائم وإزعاج الناس بذلك ، وهي طرق رمزية للتعبير عن مشاعر الغضب . أما حركة أرجحة الكتف أو الذراع فيمكن أن تكون طريقة رمزية للتعبير عن بعض أشكال حركات الضرب بدلاً من ضرب العير تصحح الحركة اعتياد البدء ثم التراجع عن ضرب الآخرين . أما أرجحة الرأس فقد تكون طريقة رمزية لقول (لا) للكثير من المطالب التي تبتعث على التوتر أو لنقص الأفكار السيئة .

٢ - الأسباب البيئية الاجتماعية :

إن علاقة الطفل بالديه والبلو المحيط بها بوجوه عام وما يسوده من التوتر والقلق وبعض العصبية والنشاط الزائد غير المنظم يمكن أن ينمكس على شكل لزامات عند الطفل ، وعادة ما نجد هذه العادات موجودة عند الطفل وعند والده أو أحدهما . فالبابون قد يمثلان نماذج يمكن تقليدها ، ومثال ذلك : ظهور اللزامات عند الأطفال (خاصة عند من هم دون سن السادسة من العمر) الذين يعانون أبائهم مثل هذه اللزامات أو أشكال أخرى منها . وفي الغالب تظهر اللزامات عند الطفل الذي اشترك في تربيته أشخاص كثرة ، ويوصف سلوك الطفل بالهيجل في البيت والمدروسة ، وفي أثناء ممارسته للألعاب الرياضية ، حيث يظهر عدم التناسق في الحركات . كما تظهر اللزامات عند الطفل الذي يعاني من تأخر دراسي نتيجة عدم القدرة على تأكيد ذاته بين زملائه ، أو أن يقوم برد الفعل المناسب ، فالطفل يكبت الغضب ولا يظهر غيرته ، ويكبت عدوانه تجاه زملائه ، فتظهر اللزامات كتعبير عن حالته العامة .

كما أن توقعات الوالدين غير الواقعية والمبالغ فيها من الأسباب التي تؤدي إلى شعور الطفل بالضغط ، وإلى حدوث اللزامات العصبية عنده كتعبير عن هذا الشعور .

كما قد يعزز الوالدان هذه الاستجابات عند الأطفال عن غير قصد ، كأن يظهرأ مزيداً من العطف والتعاطف أو الاهتمام أو الاتزعاج أو الغضب حين تظهر عند الطفل استجابة لللزامات .

وكما زاد الاهتمام من قبل الوالدين بسلوك الارتعاش عند أطفالهم كلما زاد ذلك من تعقد المشكلة ، لذا فإن انتشار اللزامات العصبية عند الأطفال يكون

أكثر عندما يكون الأيوان متزمتين وصارمين ولديها قلق مرتفع ، لأن هذه الخصائص تمثل نموذجاً يقتدي به الأطفال . فالعقاب والانتقادات التي تتكرر باستمرار للطفل تؤدي إلى حو مشحون بالتوتر وتكون النتيجة ظهور اللزمات عند الأطفال .

كما أن إعاقة حركة الطفل ، وسعه من التعبير عما يريد من العوامل التي تؤدي إلى حدوث اللزمة .

٣ - أسباب عضوية :

يعتقد أن اللزمات العصبية تنتج عن ضغط في الجهاز العصبي المركزي . ولهذا لا بد من التمييز بين اللزمات العصبية وكل من . الشنج ، والارتجاف ، والرقص العصبي ، الناتجة عن أسباب عضوية . فالفحص الطبي يكشف عن هذه الأمراض مثل : (رغبة القديس فينوس أو الحممة الرثية أو الروماتيزية والتي تسبب حركات متكررة) .

الوقاية والعلاج :

هناك مجموعة من الأساليب التي يمكن اتباعها في وقاية الطفل وعلاجه من اللزمات العصبية وأهم هذه الأساليب ما يلي :

١ - تشجيع التعبير عن المشاعر الانفعالية :

من أجل عدم تراكم التوتر عند الطفل لا بد من تشجيع التعبير عن المشاعر الانفعالية بحرية . ولهذا لا بد أن يكون للطفل أصدقاء أو راشدون يمكن الثقة بهم . فالطفل قد يلجأ إلى والديه عند مواجهة أي نوع من المشكلات ، وكذلك لا بد أن تكون المشاعر والأفكار التي يدلي بها الطفل مقبولة وقابلة للمناقشة من قبل الوالدين . إلا أن بعض الآباء يجنون صعوبة في الاستماع إلى بعض الأفكار الغريبة ، إلا أنه بالاستماع إلى هذه الأفكار ومناقشتها مع الطفل يمكن الوقاية من مشكلات أكبر ، بالإضافة إلى استعادة الطفل لتصره وتفهمه العام للمواقف .

فالصراعات النفسية حول مشاعر العدوان مثلاً تعتبر سبباً رئيسياً للتوتر واللزمات . ولهذا فإن مساعدة الأطفال في التعبير عن غضبهم بشكل مناسب يعتبر أمراً مهماً . فالأطفال الذين يشعرون بالثقة بأنفسهم ويقدمونهم على التكيف

مع المواقف وتأكيد ذواتهم بشكل مناسب ، ليسوا بحاجة إلى التعبير عن الغضب من خلال اللزمات المعصية الجسدية أو اللفظية .

وينصح في هذه الحالة بتعليم الطفل عن طريق لعب الدور ، وكيفية التعبير عن الغضب بوضوح وبدون معاناة للآخرين بشكل متطرف .

٢ - عدم المبالغة في ردود الفعل تجاه اللزمات وتجاهلها :

عند ظهور اللزمات عند الطفل وخاصة في المرات الأولى لا بد من عدم التلعر وعدم المعصية ، وعدم مقارئة الطفل بالآخرين على نحو غير مرغوب فيه .

فردود الفعل المبالغ فيها وغير المناسبة من شأنها أن تقوي اللزمات عند الطفل . كما أن انزعاج الأيون وضيقها وشعورها بالقلق يؤدي إلى خوف عند الطفل بالرغم من أن معظم اللزمات وقتية وسوف تختفي بدون علاج . بالإضافة إلى ذلك فإن الوالدين يحسنان صبراً عند تجاهل هذه اللزمات في حالة ظهورها عند الطفل . لأن الانتباه إليها والاضطراب بشأنها والتوتر يؤدي إلى تثبيت ذهن الطفل عليها ، ويؤدي أيضاً إلى تثبيتها . ولكن التجامل لا يعني الإهمال لهذه الظاهرة ، فإذا استمرت لبضعة أيام ، لا بد هنا من استخدام أساليب علاجية أخرى بطريقة هادئة وبعيداً عن العقاب . فقد يكون من المناسب عندما تظهر اللزمة عند الطفل أن يترك الأيون الغرفة دون أن يملأها حل ذلك بأي شيء ، وهذه الطريقة مفيدة عندما يكون الخلف من وراء اللزمة لفت انتباه المحيطين إليها . والنقطة الجوهرية في ذلك هي أن تصرف بهدوء دون أن تظهر عليك علامات الغضب .

وهناك طريقة أخرى يمكن أن تكون مفيدة في التغلب على اللزمات ، وهي أن نجعل الطفل يخالد الغرفة عندما تظهر هذه اللزمة ، وبدون ذلك مناسباً عندما تكون اللزمة مزعجة جداً للآخرين .

٣ - خفض التوتر والسيطرة على القلق :

عند ظهور علامات التوتر على الأطفال ، لا بد من العمل على خفضه ، والنظر إلى السبب المؤدي إليه . فقد يكون ذلك عائداً إلى أساليب التنشئة المتبعة مع الأطفال التي تقوم على التزم والجسود واستخدام العقوبة .

لذلك لا بد من إبعاد العوامل المؤدية إلى التوتر والصراع مثل : تنافس الأشقاء ، أو المشاجرات الأسرية المتكررة . كما لا بد من اتباع سلوك أقل تزمناً وأقل استخدماً للقوة مع الأطفال . فمن المعلوم أن معظم الأطفال الذين تتطور لديهم مثل هذه اللزمات يكونون حساسين جداً وقابلين للاستشارة بسهولة ، وفي مثل هذه الحالات أيضاً لا بد من حصول الأطفال على مقدار كافٍ من الراحة ، وعلى فتراتٍ من الهدوء في أثناء النهار . ولا بد من تطمين هؤلاء الأطفال بأن مواقف القلق والتوتر مسيطر عليها ، لأن مشاعر التشویش والعجز تخيفهم ، ولا بد من طمأننتهم بأنهم محبوبون مما يؤدي إلى هابتهم من التوتر المرتبط بالتهديد .

كما لا بد عند بداية ظهور اللزمات من تعليم الأطفال كيف يسيطرون على قلقهم ، وكيف يسترخون حتى يشعروا بالهدوء . وهذه الطريقة مفيدة مع الأطفال التوتريين والقلقين بشكلٍ واضح ، وهنا يمكن تدريب الأطفال على كيفية إرخاء العضلات لإرخاء تماماً . وفي بعض الحالات التي يجد فيها الأطفال صعوبة في إرخاء عضلاتهم يمكن تدريبهم على أن يقوموا بشد عضلاتهم ببطء ثم يرخوها بعد ذلك ببطء تدريجي حتى تسترخي تماماً ، ويستمررون في حالة الاسترخاء لفتراتٍ تزداد طولاً . ويمكن استخدام ساعة الوقف لضبط الوقت مما يساهم في بقائهم ساكنين لفتراتٍ تبدأ من عشر ثوانٍ ، ثم تزداد بمقدار عشر ثوانٍ في كل مرة لتصل إلى بضع دقائق . ويتصح أن يوافق الاسترخاء تخيل مناظر سارة حتى ننمي الشعور بالهدوء عند الطفل . وإذا كان بالإمكان معرفة الظروف التي تسبب الحساسية يمكن خفض الحساسية تدريجياً حيث يتم وصف أنواع المواقف التي تسبب التوتر في أثناء استرخاء الطفل ، وفي كل مرة نصف له مناظر تثير التوتر أكثر فأكثر إلى أن يتمكن من الاستماع إلى هذه المواقف دون أن يشعر بالقلق . وهذا ما يساعد الطفل على أن يكون أقل حساسية لأسباب التوتر والتي يمكن أن تكون في مواقف متعلجة مثل : الحديث أمام الفصل ، أو مقابلة أُناس جدد ، أو سماع مجلدات ، أو اللعب مع الزملاء . . .

٤ - المكافآت ومراقبة الذات :

من الطرق المفيدة في علاج اللزمة في بداية حدوثها أن نكافئ الطفل إذا قضى فترة زمنية من دون أن يقوم بها . ويمكن للأباء والمعلمين وكذلك الأشخاص

المحيطين بالطفل امتداح الطفل ومكافأته عندما لا يظهر اللازمة لفترة زمنية (قد تكون عشر دقائق في البداية) ، وكلما قلَّ ظهور اللازمة زادت الفترة الزمنية ، على أن يقدم المديح أو المكافأة في نهاية هذه الفترة مثل : « حقاً أنك تبدلوا لطيفاً ومسترخياً اليوم ، وكم هو لطيف أن أراك سعيداً وفي وضع جيد » .

ويمكن أن تكون الابتسامة أو لمسة الحنان مكانة غير لفظية حد عدم إظهار اللازمة ، وعندما تستمر اللازمات فإنه من المفيد إشراك الطفل في تعليم كيفية السيطرة على نفسه ، والطريقة الفعالة في ذلك « مراقبة الذات » التي نجحت كثيراً في حالة اللازمات البسيطة وحالات اللازمات المتعددة مثل لازيمات (توريت) ^(١) (Tourette's Syndrome) ، وتعتمد هذه الطريقة على تدريب الطفل بضعة أيام ليصبح واعياً إلى اللازمة ويقوم بتسجيل عدد مرات حصولها .

وفي البداية يمكن أن يقوم الوالدان والمعلمون بملاحظة اللازمة وتسجيل مرات ظهورها ، ويمكن أن تكون الفترات المأخوذة كمية ما بين ١٠ - ٢٠ دقيقة . لذا يمكن مراقبة الطفل لمدة ١٠ دقائق وسجل على دفتر صغير كل مرة تظهر فيها اللازمة مما يكون لديها فكرة عن مدى تكرار اللازمة . وعندما يعلم الطفل كي يكون واعياً إلى اللازمة الموجودة عنده ومرت ظهورها . فمجرد عدد مرات ظهورها اللازمة يمكن أن يؤدي إلى تناقصها بشكل واضح وإلى اختفائها تماماً . وتصدق هذه الطريقة في حالة معالجة اللازمات حديثة الظهور والتي لم يضر على وجودها أكثر من بضعة أسابيع أو أشهر .

٥ - تعلّم استجابات متألّفة بديلة :

تعتبر هذه الطريقة كما تُشير البحوث الحديثة أكثر الطرق فعالية في معالجة اللازمات ولو أنها تحتاج إلى جهد أكبر من الطرق الأخرى . وهذه الطريقة شكل من أشكال التصحيح الزائد (Over correction) . وتتلخص هذه الطريقة في أن يعلم الأطفال ممارسة استجابة تنافس الاستجابة المحاطة (اللازمة) بشكل مباشر ، بحيث تجعل هذه الاستجابة المتنافسة الشخص أكثر وعياً بالمشكلة التي

(١) وهي الحالة التي توجد فيها رعشة عضلية وصوت لفظي ، وتبدأ عادة بحركات تفلّص عضلات لاذري في الرأس ومن ثم تنتشر إلى باقي أنحاء الجسم ، ثم يتم إسديت صوت متكرر مثل تنظيف الحنجرة أو الأنف أو الصغير أو الخير ، وأكثرها شيوعاً هو صوت السعال .

يُعاني منها ، وتكون متعارضة مع المشكلة بحيث لا تحدث هذه المشكلة (اللازمة) في أثناء حلوث الاستجابة البديلة أو المعارضة ، وأن تستمر في البدء دقائق دون أن يتجه إليها الآخرون ، وألا تتعارض مع النشاطات المعتادة عند الطفل . وهنا يتم إعلام الطفل بأنه سوف يقوم بممارسة سلوك يعمل على تعطيل العادة السابقة أو ينافيها . وهنا لا بد من عدم استخدام الشكوى أو التوبيخ إطلاقاً .

فلمعالجة لازمة أرجحة الرأس مثلاً يتم الإمساك بالذقن لمنع حركتها وعرضها للأسفل بشكل غير ظاهر بقدر الإمكان ، بحيث يتم إحداث ثوتر العضلات مع بقائها في حالة سكون قدر الإمكان . وفي حالة أرجحة الأكتاف تثبت الأكتاف للأسفل بقوة . وفي حالة رمش العين أو الارتعاش يتم إحداث العضلات المعارضة للعين أو الحنك ، أو أن تقوم بالارتعاش بشكل طوعي ، والاحتفاظ بالعين مفتوحة على صمتها ما بين الرمشات . وفي حالة أصوات الحنجرة المختلفة ، فإن التنفس الهادئ هو الاستجابة المناسبة ، على أن يفي الفم مفتوحاً بشكل بسيط ، ويتم ممارسة التنفس الهادئ بحيث لا يكون هناك انقطاع لتدفق الهواء دخولاً وخروجاً ، وهو شبيه بالتنفس الإيقاعي في أثناء السباحة ، حيث يكون التوقف عن التنفس غير مناسب .

٦- العلاج بالمقايير « Drugs » :

لقد تم وصف عقاقير متنوعة لمعالجة اللازمة البسيطة ، بالرغم من أن البعض يرى أنها ذات فائدة محدودة ويخشون من استخدامها . وتتضمن المقايير المستخدمة ما يلي :

بيروفينونز (Butyrophenones) وفينوثيازينات (Phenothiazines) وميثيل فينيديات (Methyl Phenidate) وديكسترو أمفيتامين (Dextroamphetamine) والهالوبيريدول (Haloperidol) ، وهذا المقار الأخير كان ناجحاً في علاج اللازمات البسيطة واللازمات المتعددة في تلامز « توربيت » . وذكرت التقارير أن استخدام « هالوبيريدول » مع الأطفال والمراهقين أظهر تحسناً بمقدار ٨٠ ٪ عند من يُعانون من تلامز « توربيت » (شيفر ، وآخرون ، ١٩٨٩)

خامساً : النشاط الزائد Hyperactive :

مفهوم النشاط الزائد ومظاهره :

يُعرف شيفر (١٩٨٩ ، ص ٦) النشاط الزائد « بأنه حركات جسمية تفوق الحد الطبيعي أو المقبول » . إنه متلازمة (تنذر Syndrome) مكون من مجموعة اضطرابات سلوكية يشأت نتيجة أسباب متعددة نفسية وعضوية معاً .

النشاط الزائد عبارة عن حركات جسمية عشوائية وغير مناسبة تظهر نتيجة أسباب عضوية أو نفسية ، وتكون مصحوبة بضيق في التركيز وقلق وشعور بالدونية وهزلة اجتماعية . فالشيء الهام الذي يجب الانتباه إليه هو أن النشاط الزائد يظهر من خلال النشاط غير الملائم وغير الموجه بالمقارنة مع سلوك الطفل النشط الذي تسم فعالياته بأنها هادئة ومتتجة . فكثيراً ما يذكر الأيوان بأن طفلها لا يستقر ولا يهدأ ، وأنه دائم التجوال في المكان ، حيث يتسلق الجدران ، ويكرر فشله في إتمام المهام الموكلة إليه . وقد ذكر في إحصائيات انكلترا أن هناك ما يقرب من ٣٠٪ من الأطفال يوصفون بفرط النشاط من قبل ذويهم (المحجار ، ١٩٨٧) .

ولكن الشيء المهم هو نوع النشاط الذي يوجد عند الطفل وليس مستوى النشاط ذاته ، فالمشوائية في النشاط والسلوك خير الموجه نحو هدف ، وعدم الامتثال للنظام ، مثل نظام الصف ، أو مواعيد طعام الأسرة هو المعيار الذي يمكن من خلاله أن نحكم على النشاط الزائد عند الطفل والذي يُعتبر من المشكلات اليومية التي تُعاني منها الأسرة والمدرسة .

وقد أظهرت الدراسات أن النشاط الزائد يكثر عند الذكور وعند أبناء الطبقات الفقيرة عما هو عند الإناث وأبناء الطبقات الغنية . ودلت الإحصاءات أن حوالي ٥٪ - ١٠٪ من جميع الأطفال لديهم نشاط زائد ، وأن حوالي ٤٠٪ من الأطفال يُعالون إلى عيادات الصحة النفسية نتيجة فرط النشاط .

والجدير ذكره أن فرط النشاط واسع الانتشار ويُعتبر أمراً طبيعياً عند أطفال عمر السنتين إلى ثلاث سنوات ، وهو منتشر أيضاً عند الأطفال الأكفاء جداً والذين يميلون إلى الاستكشاف وحُب للمعرفة عما يعرضهم للانتقال من قبل الراشدين .

ولهذا يجب عدم التسرع والحكم على الطفل بأن ما يوجد لديه من نشاط زائد يدل على اضطراب في السلوك إذ غالباً لا يكون كذلك . فالطفل بطبيعته لديه طاقة زائدة ولا بد أن يتحرك ، ويلعب ، وقد يسبب الأذى أحياناً (بدون قصد) مما يجعل هذا السلوك غير محتمل عند الأم المكتئبة ، أو في الأسر الكثيرة الأولاد ، أو بالنسبة إلى الأم ذات الاستعداد الوسواسي المسبق .

ومن الملاحظ أن النشاط الزائد عند الأطفال يتناقص تدريجياً مع النمو في العمر ويكون أقل شكلاً واضح في سن المراهقة ، إلا أنه قد يستمر لدى البعض حتى سن الرشد مصحوباً بضعف القدرة على التركيز .

الأسباب :

الأسباب المحتملة في تفسير النشاط الزائد عند الأطفال كثيرة ومتشابهة ولكن يمكن إجمالها وتلخيصها فيما يلي :

الأسباب العضوية :

يُصنف الأطفال زائدو النشاط بانخراطهم في كل موقف يتواجدون فيه ، ولكن يتميز سلوكهم بانتباه ضعيف وقصر المدة (حدة ثوان) ، وتشتت في الأفكار ، كما أنهم يظهرون انبساطية اجتماعية ، ويتميزون أيضاً بسلوك اندفاعي أهرج غير مسؤول . ويكثر هذا الاندفاع عند المصابين بداء الصرع ، والاضطرابات العصبية ، وعند المتأخرين عقلياً ، وعند الأطفال الأسوياء العصبيين . وهنا يمكن القول بأن المزاج الموروث من الوالدين يمكن أن يكون له دور هام في تفسير هذا النشاط .

كما يعتقد أن من يعانون من خلل وظيفي في الدماغ تظهر لديهم حالات فرط النشاط .

كما أن فرط النشاط قد ينشأ من الصدمات على الرأس أو نتيجة التسمم مثل الانسمام الدرقي ، وداء رقص سايدنهايم (Sydenham's chorea) .

كما أن التسمم بالرمصاص يزيد من النشاط نتيجة التحلل الذي يحدث في الدماغ . إلا أن التأثير السمي تحت السريري بالرمصاص لا زال غامضاً وغير واضح (الحجار ، ١٩٨٧) .

كما يست الدراسات أيضاً أنَّ الأطفال ذوي النشاط الزائد تظهر لديهم موجات في التخطيط الكهربائي للدماغ غير منتظمة (E . E . G) ، وقد تكون لديهم اضطرابات في إفراز العدد ، أو ورم في الدماغ .

الأسباب النفسية :

هناك أيضاً أسباب نفسية كاستمرار ولاء النشاط الزائد عند الأطفال تذكر منها ما يلي :

أ- القلق . وهو كثير الحدوث وظاهر عند الأطفال زائدي النشاط ، حيث أن الحاج وعدم الاستقرار يظهران في سلوك هؤلاء الأطفال .

ب- وجود الطفل في مؤسسات اصلاحية لمدة طويلة والذي ينعكس أحياناً على تكيفه وتوافقه مع الآخرين ، والذي يكون غالباً تكيفاً غير سوي .

ج- الرفض المستمر للطفل وإشعاره بالدونية وعدم القبول لأفعاله وتصرفاته وتحطيم معنوياته مما يجعله ينسحب إلى عالمه الخاص ، ويحاول الانتقام من الآخرين .

د- بالإضافة إلى ذلك فإنَّ معظم الاضطرابات التي تبدو عند الأطفال والتي تكون حل شكلي لنشاط زائد تكون عند من يتميزون بضعف الذكاء ، والذي يكون متلازماً مع الضعف في التركيز (تركيز الانتباه) ، والذي غالباً ما يتجلى عن الإحباط الذي يصادفه هؤلاء الأطفال في التحصيل الدراسي .

ولكن قد يظهر النشاط الزائد عند الأطفال ذوي الذكاء العالي والأطفال الموهوبين ولكن انتشاره يكون أكثر عند الأطفال ذوي الذكاء المنخفض ، فالطفل المتميز الذكاء يظهر طاقة موجبة وهادئة ، وليس نشاطاً عابثاً وغير موجه .

الأسباب البيئية - الاجتماعية :

تعتبر الظروف البيئية التي يعيش فيها الطفل من العوامل المشجعة أو المثبطة للنشاط الزائد أو تفاقم الحالة لديه ، أو المعززة لتنمية النشاط الهادف عنده . ولهذا يمكن أن نلاحظ عدة أسباب بيئية لفرط النشاط عند الطفل تذكر منها ما يلي :

أ - سوء العلاقة بين الطفل والديه أو بينه وبين الآخرين بشكل عام ، والذي قد ينجم عن صعوبات في تكيفه مع هؤلاء أو حدة طبيعته ، مما يترتب عليه ردود فعل مختلفة من الوالدين بشكل خاص والآخرين بشكل عام .

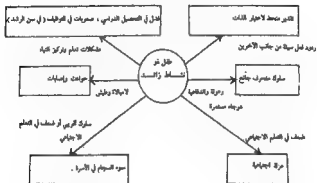
ب - ثم إن العلاقات الأسرية المتوترة والتي يكثر فيها الخصام ، أو قد تؤدي إلى الطلاق يجعل الطفل حائراً ، ويفكر كثيراً في مثل هذه المشكلات مما يشتت انتباهه عند تكليفه بالمهام المختلفة ، ويجعله طائشاً لا هدف له من وراء الأفعال التي يقوم بها .

ج - كما أن الرفض المستمر للطفل نتيجة الخلافات بين الوالدين يجعل الطفل ضحية هذه الخلافات ويؤدي به إلى الهروب من مثل هذه الأجواء ، ولي الغالب يصبح طفلاً متهوراً في أفعاله وأقواله ، لأن التوجيه الوالدي غير موجود ، وكذلك التعزيز للسلوك السوي غائب ، مما يجعله يقوم بنشاطات وأفعال لا يرضى عنها المجتمع .

الآثار المترتبة على النشاط الزائد عند الطفل :

من خلال الشكل رقم (٣) نلاحظ أن هناك الكثير من الآثار السلبية التي تترتب على النشاط الزائد عند الطفل ، فقد نجد عند الطفل تقديراً منخفضاً لذاته ، وكذلك فشلاً في التحصيل الدراسي ، وسلوكاً منحرفاً جانباً ، بالإضافة إلى العزلة الاجتماعية ، وسوء الانسجام داخل الأسرة بالإضافة إلى كثرة الحوادث والإصابات التي يتعرض لها .

شكل رقم (٢) بطر علاج وحائل النشاط الزائد الشديد في المدرسة



(المجلد ١٩٨٧ ، ص ١٢٧)

طرق الوقاية والعلاج :

يكون النشاط الزائد عند الطفل سلباً عندما يكون محصوراً في موقف معين من المواقف وعندما يكون حاصل الذكاء عادياً ، ولكن هذا النشاط يكون له تأثير في الشخصية دون أن تصل إلى حد الاضطراب النفسي . ولكن عندما يكون النشاط الزائد معيماً في كل المواقف وشديداً ، وحاصل الذكاء منخفضاً ، وفي العائلة ما يشير إلى وجود الاضطراب في العلاقات الأسرية ، حيث يمكن أن تنبئ هذه المؤشرات بوجود الاضطراب النفسي عندما يبلغ الطفل سن المراهقة والرشد .

وعلى أية حال يمكن اتخاذ بعض التدابير الاحتياطية - الوقائية والعلاجية في حالات وجود هذه الاضطرابات السلوكية والتي من شأنها التقليل منها أو علاجها في حالة حدوثها . وأهم هذه التدابير ما يلي :

١ - بيئة صحية مناسبة للأم الحامل :

فقد أوصحت الدراسات أن الحالة الجسمية والعقلية للأم الحامل لها تأثير مباشر في مستوى نشاط الطفل وقدرته على التركيز .

كما إن إصابة الأم بالأمراض في أثناء الحمل أو تعاطيها العقاقير ، أو تعرضها للقلق والتوتر الشديدين ولمترات طويلة يمكن أن يؤدي إلى النشاط الزائد عند الطفل في السنوات الأولى من عمره .

ولهذا لا بد من توفير الغذاء المناسب للأم الحامل ، وإبعادها عن القلق والتوتر ومنعها من تناول العقاقير دون استشارة طبية . بالإضافة إلى ضرورة إبعاد الطفل عن الإثارات غير المناسبة (كالصوت المرتفع ، والشجار المستمر ، والخبرات غير الصحية ... الخ) ، وتجنب النقد المستمر للطفل والعمل على تقبله وتحمل ما يصدر عنه من حركات طبيعية من قبل الأهل .

٢ - ضرورة تعليم الطفل نشاطات هادئة :

على الآباء والمربين ضرورة تعليم الطفل نشاطات هادئة ، من خلال التعزيز الإيجابي للسلوك البناء الصحيح ، وإشاعه على أي إنجاز يحققه الطفل في سنواته الأولى مما من شأنه أن يقوي السلوك الصحيح الفعال

بالإضافة إلى ذلك فإن الطفل يتعلم من والديه وأخوته الكبار هذه النشاطات البناءة القليلة من طريق القدوة ، إذ أن مستوى نشاط الأهل ومدى فعالية نشاطهم يمثل نموذجاً يحتذى به الطفل في سلوكه من خلال الملاحظة لسلوك الأهل .

كما يرى شيفر (١٩٨٩) أنه يمكن للوالدين توضيح كيفية استخدام اللغة كموحه للسلوك الملائم مثلاً (يجب أن تنتهي من هذا وبعد ذلك سأستريح) ، كما تستخدم اللغة أيضاً كأداة للمتابعة الذاتية مثلاً « هذه لم يتم إنهاؤها بشكل مناسب ، لذا علي أن أصلحها » .

٣- التعزيز اللفظي للسلوك المناسب :

عندما يقوم الطفل بأي سلوكٍ هادف لا بد للوالدين من إثابته بشكلٍ فعالٍ ومناسبٍ وبسرعةٍ مثلاً : (رائع لقد قمت بهذا النشاط على غير ما يرام) .

وعندما يتجزأ الطفل الأفعال الموكلة إليه لا بد للوالدين أن يظهروا الارتياح والسرور لهذا الإنجاز . ولهذا يمكن للوالدين تحديد الأهداف اليومية للطفل ، وامتداح أي جهد يبذله لتحقيق هذه الأهداف مثلاً : لقد حاولت ما بوسعك أن تكون هادئاً هذا المساء ، ووضوحاً للطفل مدعى التحسن الذي أظهره فيما يتعلق بالهدوء والنشاط الهادف . ولا مانع من أن يعد الوالدان الطفل بتقديم المكافآت في حالة تكرار السلوك الهادف والمرتجى فيه . ولا مانع من أن يقوم الوالدان بتسجيل تكرار السلوك الهادف الذي يظهر عند الطفل وميزان السلوك بعد كل عدد معين من هذه التكرارات ، بالإضافة إلى حصوله معينة نتيجة ظهور النشاط الزائد غير الهادف . ويمكن لذلك بالتعاون بين البيت والمدرسة استخدام نظام النقاط مع الأطفال ذوي النشاط الزائد وتقديم التعزيز بعد حصول الطفل حل عدد معين من هذه النقاط مثلاً^(١) :

السلوك	ما يحصل عليه الطفل
- لا يترك مقعده دون إذن .	- نقطة واحدة لكل عشر دقائق .
- يكمل المهام .	- نقطتان عن كل واجب قام بإدائه .
	أو عمل أته دون مساعدة أو تركيز

٤- أن تكون التعليقات المقدمة للطفل واضحة :

عند تقديم التعليقات للطفل من قبل الأهل يقوم بعمل ما لا بد أن تكون هذه التعليقات واضحة ليُعرف الطفل ما هو المطلوب منه بالضبط ، بالإضافة إلى وصف السلوك المرغوب بشكل واضح وهدوء مثلاً : « إن عدم الاستمرار في هذا العمل قد يعوق اجتازه في الوقت المحدد » أو « عندما تشعر بالتوتر تنفس بعمق وانظر من النافذة فسوف تهدأ ثانية » .

(١) شيفر ، شارلز ، وهوارد ميلان : مشكلات الأطفال والراشقين وأساليب الساعنة فيها ، ترجمة مزه حنفي ، ونسمة حازم ، المجلة الأردنية ، ١٩٨٩ .

ولهذا فإن معرفة الطفل ما يريده الوالدان وإمكانية التنبؤ بذلك يشعر الطفل بالأمن والحنوء . ولذلك يجب على الوالدين الاتفاق مبدئياً على أن تكون استجابتهما للطفل متوافقة . وعندئذ سيتعلم الطفل أن الاستجابات الموجبة من كلا الأبوين سوف تتبع السلوك المناسب غير العشوائي .

كما أنه من الضروري تهيئة الطفل قبل الإقدام على العمل بأسلوب جيد يساعده على التركيز على نشاط محدد . مثلاً قبل الدخول إلى عمل تجاري يمكن للآب أن يقول لابنه « عليك أن تبقى معي ، وسوف تلاحظ بأن هناك ازدحاماً وضجيجاً ما ، ولكن هذا لا يعنيك عليك أن تبقى هادئاً ، ولا يسمح هنا بلمس لوجي أي شيء قبل شرائه ... إلخ » .

بالإضافة إلى ذلك لا بد من تقليل المشتتات الموجودة في غرفة الطفل ، وأن نحدد أماكن الأشياء في غرفته (وخاصة الصغار منهم) ، ووضع أسماء على الأشياء الموجودة في الغرفة .

٥ - ضبط السلوك من خلال المراقبة اللطيفة :

إن حديث الطفل مع نفسه من الطرق الفعالة في السيطرة على النشاط الزائد ، فبدلاً من أن يتحرك الطفل بشكل غير هادف يمكن أن يخبر نفسه لماذا يجب أن يفعل بصوت مرتفع أولاً ، ثم بصمت فيما بعد كان يقول لنفسه : « أريد أن أنهي هذا العمل ، لذا يجب علي أن أتنبه ، وسوف ألعب فيما بعد » ، ويمكن تذكيره قبل القيام بالعمل بالقول : « قف وفكر » أو « ما الذي كان علي أن أفعله » ... إلخ .

٦ - العلاج الدوائي :

يكون الطفل الزائد النشاط أحياناً ضعيف التركيز في الانتباه ويعاني من شروخ في الذهن مما يجعله قليل النجاح في أي عمل يكلف به ، وتكون الجهود العلاجية بالتعليم قليلة النجاح . ولهذا لا بد من العلاج بالأدوية .

فقد أثبتت الدراسات أن أفضل دواء لعلاج النشاط الزائد عند الأطفال هو ميثيفينيدات-Methyphenidate يومياً بمقداره ٠,٢٥ - ١,٠٠ ملغ / كغ من الجسم ، أو أي دواء مماثل له من الأدوية المنشطة للجملة العصبية مثل : بيمولين Pemoline أو دكسامفيتامين Dexamphetamine . فقد أثبتت التجارب أن

المعالجة التجريبية يمثل هذه المنشطات لمدة ٦-١٢ أسبوعاً أظهرت تحسناً واضحاً على سلوك المتعالمين سواء في مستوى الإدراك والسيطرة الحركية أو في درجة تركيز الانتباه في الأعمال المتكررة (الحجار ، ١٩٨٧) . ولكن هناك مخاطر من استخدام المنشطات العصبية وأثر جانبية لها ومن ضمنها . ضعف القابلية للطعام ، والأرق ، واضطرابات النوم ، وعدم الاستقرار العسي . كما أن المخاطر العالية من المنشطات العصبية المضادة للسلوك والحسنه للأداء قد تحدث خللاً في تركيز الانتباه .

أما وصف المهدئات النفسية من صنف البزوديازيبين Berzodiazepine فلا بد من توجيه نظراً لعدم فائدتها عند معظم الأطفال ذوي النشاط الزائد .

أما المهدئات القوية مثل : الكلوربرومازين ، والهالوبيريدول Haloperidol فلها تأثير جيد في ضبط النشاط الزائد عندما تنشأ المعالجة بالمنشطات العصبية ، وغالباً تكون المقادير الدوائية القليلة هي الأفضل (٠,٠٢ - ٠,٠٨ ملغ / كغ من وزن الجسم) في دواء الهالوبيريدول (الحجار ، ١٩٨٧) .

ولكن مهما كانت فعالية المعالجة الدوائية فلا بد من استخدام العلاج النفسي الأسري في حالة اضطراب النشاط السلوكي عند الطفل .

الفصل السابع :

مشكلات السلوك الاجتماعي عند الأطفال

— مقدمة .

أولاً : السرقة

ثانياً : الكذب

ثالثاً : التمرد أو العصيان

رابعاً : العدوان .

الفصل السابع

مشكلات السلوك الاجتماعي عند الأطفال

— مقدمة :

إن السلوك الاجتماعي يضع الطفل في حالة صراع مع المجتمع ، والذي قد ينمو ويتطور من خلال المجتمع الذي يفضل أحياناً التنافس على التعاون ، والذاتية على الغيرية . فالطفل تكون لديه عادة الطرق المناسبة للتصرف إلا أنه بحاجة إلى أن تكون لديه الدافعية للقيام بها . فقد ثبت أن الاستخدام المشروط للمكافآت والعقوبات ، والتعامل والمصلحة للسلوكيات الاجتماعية المرغوبة هي أساليب فعالة في خفض التصرفات الاجتماعية « السرقة ، الكذب ، العنوان . . . » فقد دلت الدراسات أن الأسر المشككة أو فقد أحد الوالدين لفترة طويلة يؤدي غالباً إلى سلوكيات لاجتماعية عند الأطفال لأن ذلك يعني قطع علاقة هامة جداً ، ولا يعرف الطفل كيف يتعامل مع ذلك إلا بالتضلل ضد المجتمع .

فالطفل الذي يشعر باليأس الناتج عن فقد أحد الوالدين يلجأ أحياناً إلى القيام بسلوك لاجتماعي مثل : السرقة أو الانحراف .

كما أن الآباء الذين يفضون أبنائهم أو يفرون السلوكيات الاجتماعية يتناسون أنهم يمنون الطفل لتسط حياة جاتحة .

بالإضافة إلى ذلك فإن وصف الطفل أو تصنيفه على أنه « منحرف لومس » بسبب سلوكيات لاجتماعية محددة مثل : سرقة أشياء قليلة تنمي عنه مفهوماً سلباً عن الذات ، وما إن يرى الطفل سلوكه سيئاً حتى يستمر بالتصرف وفقاً لهذه الطريقة ويبحث عن الآخرين الذين يشمون بهذا السلوك ليتزامل معهم .

ولهذا لا بد من عدم اللباقة في ردود الفعل تجاه هذه الأفعال التي يقوم بها الطفل ، ولا بد من السيطرة على أفعالاته وعدم أخذ هذه السلوكيات على أنها مؤشرات بأننا آباء فاشلون .

ومن المفضل عند حل مشكلات الطفل أن نختار سلوكاً محدداً مبنياً لمعالجته ويكون هذا السلوك الأكثر حدوثاً عند الطفل ونعمل على معالجته وأن نكون مرتين في ذلك وأن تكون لدينا الية الصادرة في تخليص الطفل مما يعايبه من سلوك لا إحتياجي .

وفيا يلي سوف نتطرق إلى أهم مشكلات السلوك اللاإحتياجي والتي يكثر ظهورها عند الأطفال بشكل خاص وهي :

أولاً : السرقة Stealing:

مفهوم السرقة ومظاهرها :

تُعتبر السرقة عند الأطفال من المشكلات الاجتماعية الحساسة التي تستلزم الوقوف عندها ، والتعرف على الدوافع الأساسية الكامنة وراءها ، لأن تأصل هذه المشكلة عند الأطفال قد تدفعهم مستقبلاً إلى ارتكاب أخطاء جسيمة تؤثر في المجتمع ، وفي نظرة الآخرين إليهم ، وعلاقتهم الاجتماعية بالآخرين ، وقد تتطور لتصبح مرضاً يحد ذاته من الصعب للفرد أن يتخلص منه بسهولة . وقد عرّف ياسين (١٩٨٨ ، ص ٤٨٠) السرقة بأنها « العدوان المقصود أو غير المقصود على ملكية الآخرين » .

فالسرقة مشكلة اجتماعية تظهر حل شكل اعتداء شخص على ملكية الآخرين بقصد أو بدون قصد بفرض امتلاك شيء لا يخصه . وحتى يوصف هذا السلوك بأنه سرقة لا بد أن يعرف الطفل أن من الخطأ أخذ الشيء بدون إذن صاحبه .

والسرقة قد تكون نوعاً من الاستسلام للتسرع لدافع أو رغبة مؤقتة أو مجارة لمجموعة من الناس أو قد تكون اضطراباً نفسياً يقوم بها الطفل المعصاب . فالسرقة عند الفرد غالباً ما تكون صفة مكتسبة يتعلمها الطفل من معايشته للآخرين وتعامله معهم كما يحدث لأنماط السلوك الأخرى .

فالطفل إذا لم يدرب في إطار الأسرة على التفريق بين ما يخصه وبين ما يخص الآخرين فإنه من الصعب أن نتوقع منه أن يكون أكثر تمييزاً بين ما يحق له وما لا يحق له خارج المنزل . وسرعان ما يتعلم الطفل بخبرته أن كثيراً من الأشياء محرمة عليه ، غير أنه لا يدرك الأسباب التي أدت إلى هذا التحريم ، ولذلك فإن الحرف

من العقاب ومسخط الوالدين في مطلع حياة الطفل هو السبب الذي يمنع صفاء الأطفال من السرقة . ولكن السرقة تحتاج إلى مهارات عقلية وجسمية تساعد الطفل عليها إذا ما تولدت لديه الرغبة في ذلك . ومن هذه المهارات : وسرعة حركة الأصابع ، وخفة الحركة العامة ، ودقة الحواس من سمع وبصر ، والقوة الليكياتيكية ، ووفرة الذكاء العام ، ودقة الملاحظة ... إلخ .

والسرقة البسيطة كثيرة الشروع عند الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة والوسطى وتبلغ ذروتها في حوالى ٥ - ٨ سنوات حيث تميل بعدها إلى التناقص مع نمو الضمير عند الطفل وابتعاده تدريجياً عن التمرکز حول الذات .

والسرقة العادية إذا استمرت بعد سن العاشرة من العمر ، فإنها تدل على وجود اضطراب انفعالي خطير عند الطفل وهي بحاجة إلى مساعدة متخصصة فورية . فقد دلت الدراسات أن حوالى ٢٥ ألف طفل في أميركا يجالون سنوياً إلى محكمة الأحداث بسبب السرقة (شيفر ، وآخرون ، ١٩٨٩) .

أما السرقة التي تحدث دون سن العاشرة من العمر وتكون لمرة واحدة فقط فلا يمكن أن تعلق عليها الكثير من المخاطر ، لأن الأهمية المرضية لمشكلة السرقة تكون في تكرارها .

ويرى حسن (١٩٨٨) بأن هناك اختلافاً في نوعية وكيفية السرقة عند الأطفال (ذكور وإناث) ، ولكنها تشكل حوالى ٧٠ ٪ من أعمال الشغب ككل عند الأولاد والشباب . وهذه النسبة تكثر عند الذكور بمعدل عشرة ذكور لكل أنثى (١٠ / ١) .

أسباب السرقة :

قد يسرق الطفل الصغير لأنه لا يكون قد وصل إلى مرحلة من النمو العقلي والاجتماعي والتي تمكنه من التمييز بين أملاكه وأملاك الآخرين ، وأن للآخرين ملكية خاصة لا بد من أن تحترم . إن مثل هؤلاء الأطفال يجهدون صعوبة في التمييز بين الاستعارة والسرقة ، فالسرقة ليست إلا سلوكاً يعبر عن حاجة نفسية . ولهذا يمكن أن تكون أسباب السرقة مباشرة وقد تكون غير مباشرة . كما قد تكون من أجل إشباع حاجة جسمية أو نتيجة لعوامل نفسية بيئية .

ويمكن إجمال أهم الأسباب الداعية إلى السرقة فيما يلي :

- ١ - قد تكون دوافع السرقة دوافع مباشرة ظاهرة ، فقد يسرق الطفل نتيجة الحاجة المادية وذلك بسبب الخلفية الاقتصادية والاجتماعية التي يعيشها . فالطفل يسرق لشراء بعض الأشياء التي يرغب فيها ، وهذه السرقات قد تكون نقوداً أو سلعاً ، أو غطف أطعمة من العربات أو المحلات التجارية . فالسرقة تكون هنا نتيجة للحرمان الذي يُعانيه الطفل . وقد تظهر دوافع السرقة في هذه الحالة نتيجة وفاة الوالد ، أو عجزه عن مساعدة الأسرة مما يجعل الطفل يلجأ إلى السرقة لسد كفافه وكفالة أسرته .
- ٢ - قد تكون السرقة عند الطفل لتعويض الشعور بالنقص ، وتدعيم احترام الذات والدونية . فالطفل يسرق ويعطي للآخرين لثبت لهم رجولته وكفاءته من خلال إشعارهم بأنه قادر على مجاراتهم في الصفات . كما يستمتع بعض الأطفال بالسرقة لوجود حس المدمرة والاستتار فيها ، أو لإشباع هواية خاصة ، كما يسرق الطفل من منزله ليعطي زملاءه بالمدرسة مثلاً ، لأنه يرى أن إعطاء مثل هذه الحاجيات المادية للزملاء تجعله مقبولاً عندهم ، وليؤكد مكانته الاجتماعية كذلك .
- ٣ - كما أن الطفل يسرق بدافع لاشعوري للانتقام من أحد والديه ، بسبب فقدان العطف أو الحرمان الذي عاناه في الأسرة ولهذا يبرهن بسلوك السرقة عن كراهية وعدوان لوالده . كما قد تكون السرقة بدافع الانتقام من الآخرين للأخذ بالثأر . فالسرقة كثيراً ما تُستخدم كطريقة لتسوية الحساب عن ظلم حقيقي أو وهمي يلحق بالطفل أو يُخيل إليه أنه لحق به ، فهي مواجهة انتقامية ، وتعويض للعطف الذي حُرِم منه .
- ٤ - قد تكون السرقة تعويضاً رمزياً لغياب الحب الوالدي أو الاهتمام أو الاحترام أو المودة ، أو بسبب ترك أحد الوالدين لبيت أو وفاته . فقد أكدت الدراسات أن الكثير من حالات السرقة عند الأطفال تكون نتيجة تنشئة أسرية سيئة والتي كثيراً ما تنسم بالنيل التام للطفل .
- ٥ - كما يمكن أن تكون السرقة عند الطفل نتيجة للمقلوبة السلبية من الأطفال الذين يمارسون أعماله السرقة - الخفيفة في المنزل أو في المدرسة أو المجتمع . كما أن اختيار الطفل لنموذج سيء للاقتداء به قد يؤدي إلى التوحد معه .
- ٦ - كما تدفع الغيرة بالطفل إلى السرقة ، وقد يكون ذلك بطريق غير مباشر قد

مجهله إلا إذا استطعنا فحص الموقف ودراسته بدقة . فالطفلة التي تسرق حاجيات غيرها من الأطفال سواء في المدرسة أو من بيوت زميلاتها اكتشف أن هؤلاء الزميلات كنَّ يعرضن ما يشترين من جلد من الألعاب ويباهين به أمام هذه الطفلة مما جعل الغيرة تعتمل في نفسها ، وتعتمد إلى اختلاس حاجيات زميلاتها وتعطيلها دون الانتفاع بها . فالطفل لا توجد لديه إلا درجة احتمال مُتدنية في مواجهة الإحباط ويجد صعوبة في مقاومة الإغراء .

٧- وفي بعض الأحيان تكون السرقة مرتبطة بنوع من أنواع التوتر الداخلي وينوع من أنواع الصراع العقلي عند الطفل ، مثل الاكتئاب ، أو الغيرة من ولادة طفل جديد ، أو الغضب ، مما يجعله يحاول استعادة الشعور بالارتياح من خلال السرقة . فالسرقة التي يقوم بها الطفل العصبي دليل على نقص الحب والدافع إليها لاشعوري .

٨- المجالات البوليسية ، والأفلام التلفزيونية والتي يعرض فيها نماذج من حالات السرقة والسطو يمكن أن تجعل الطفل يُعجب ببعض الشخصيات ويقلدها في أفعال السرقة ويخلق لديه الأعداء والمبررات لذلك .

٩- قد تكون السرقة نتيجة للإحباط في الدراسة أو إشباعاً انفعالياً لطاقة زائدة موجودة عند الطفل لم تجد المتنفس الطبيعي لإشباعها .

١٠- الانتقال إلى التنشئة الاجتماعية الصحيحة ، وغياب التوجيه في الأسرة ، وعدم وجود معايير أخلاقية في الأسرة أو مثل عا ، مما يجعل الطفل في ضياع وتفكك ويميل إلى الانحراف وقد تكون السرقة لمُحد السبل التي ينخرط فيها .

١١- كما يلجأ الطفل إلى السرقة نتيجة وجود القسوة والحرمان والعقاب أو التذليل المتطرف داخل الأسرة . فالأسرة المتصدعة والسلوك المرف من قبل الوالدين يؤدي إلى الشعور بعدم الأمان وعدم الاستقرار عند الطفل مما يؤدي إلى سلوك غير متكيف وهو اللجوء إلى السرقة .

الوقاية والعلاج :

إن العلاج الفعال للسرقة والوقاية منها يكون بالبحث الجاد عن الأسباب المؤدية إليها ، والتأكد من أن حالات السرقة طارئة أو متكررة ، والتعرف على

طريقة السرقة ووظيفتها ، والصفات الشخصية للشارق ، ويمكن تلخيص أهم طرق الوقاية والعلاج لهذه الظاهرة فيما يلي :

١ - العمل على غرس احترام ملكية الغير عند الطفل ، وإشباع حاجاته الذاتية دون تقصير أو إسراف ، وتنويه على احترام الملكية الجماعية مع استخدام أسلوب الثواب والعقاب ، مع الأخذ بعين الاعتبار ضرورة احترام ملكية الطفل وإشباع ميله إلى التملك . فالأطفال الذين اعتادوا السرقة يحتاجون إلى إشراف مباشر من قبل الآباء والمعلمين بحيث كلما قاموا بالسرقة كان احتمال اكتشاف الحدث غالباً .

٢ - عند حدوث السرقة من قبل الطفل لا بد من اتخاذ الإجراء العوري المناسب . فبدلاً من تجاهل الوالدين لما يحدث عند الطفل أو التقليل من شأنه ، يمكنها أن يخصص وقتاً كافياً لفهم سلوك الطفل هذا ومواجهته وتصحيحه . والطريق في تصحيح ما حدث يكون بالتعويض عن ذلك الشيء إما بإعادته إلى صاحبه أو بدفع مبلغ من المال لشراء بديل عن ذلك الشيء مع الاعتذار .

وبالإضافة إلى الطلب من الطفل التعويض عما أخذ أو بإعادته إلى المكان نفسه الذي أخذ منه ، على الوالدين مواجهة الطفل لفظياً وبعد أن يبدأ بمحاطرة هذا السلوك ، وأن يفسرا للطفل لماذا يعتبر هذا العمل غير مناسب ، وبيئنا له أنها لا تقبلان هذا السلوك ، وبموجب مثل هذا التصرف « سرقة » دون استخدام تعبيرات أخرى . ولا بد أيضاً من مواجهة الطفل بأن هذا التصرف هو هدوئاً للملكية الخاصة للآخرين ، ومن المناسب أن تظهر له أنك تفهم دوافعه وتنتهي المواجهة من خلال التعبير عن عبتك له وتوقعاتك الإيجابية منه . وفي الحالات التي يشكو منها الآباء والمعلمون بأن الطفل سرق ولكن دون التأكد من ذلك يمكن في هذه الحال القول .

« س : أنا لست متأكداً من أنك أخذت نقوداً من « ص » ، ولكن إذا كنت قد فعلت ذلك لأنك شعرت بحاجة حقيقية إليها ، وإذا كان بإمكانك إعادتها فسوف أكون فخوراً بك ، بل أهم من أن أكون فخوراً بك وأن تكون أنت فخوراً بنفسك عليك أن تعيش مع نفسك ، وتكون سعيداً بذاتك وسوف يكون من الصعب القيام بهذا إذا لم تكن أميناً ومنصفاً للناس

الأخريين . وفي الغالب سعيد الطفل المروق بعد عدة أيام بعد مثل هذه الملاحظة .

٣ - لا بد من تحديد ما الذي حققه الطفل من خلال السرقة ، بدلاً من سؤاله بشكل مباشر لماذا سرقت ؟ فالطفل لا تكون لديه إجابة مقبولة ، ولهذا فلا بد من فهم الدوافع الرئيسية الكامنة وراء سرقة الطفل ، ولهذا فقد تكون الدوافع وراء ذلك : حرمان عاطفي أو عدم النصح ، عدم القدرة على تطوير عاكمة أخلاقية ، أو حب الاستئثار وحب الظهور ، أو القنوة من الموالدين أو الزملاء . ولهذا لا بد من العمل على إشباع رغباته الانفعالية بطريقة ترضيه وترضي المجتمع .

٤ - عدم المبالغة في الاستجابة لسلوك « السرقة » عند الطفل وضبط الانفعال والتصرف بهدوء وحكمة : فعل الوالدين أو المعلمين عدم المبالغة في الغضب عندما يتعاملون مع الطفل السارق وعدم اختيار السرقة بمثابة فشل شخصي . ويمكن التمييز عن عدم الرضا بطريقة حازمة دون الحاجة إلى الصراخ والانفعال الزائد وجعل الطفل يشعر وكأنه مجرم .

فعندما تصف الطفل بلوصاف سيئة ، قد تجعل الطفل مقتحماً بأنك حل حق ويؤدي إلى شعوره بالذنب والعار ويؤدي إلى إضعاف العلاقة بالطفل . فالأتهام المناسب هو أن يكون الفرد عقلانياً في مواجهة الطفل السارق ، والبحث عن جميع الحقائق والأسباب الكامنة وراء حادث السرقة . وعدم إذلال الطفل وإهانته ، والعمل على تشجيعه على مواجهة المشكلة بصراحة وموضوعية وتفهم .

٥ - تبصير الطفل بالنتائج الاجتماعية والشخصية التي تترتب على سمعته بين الناس ومستقبله ونجاحه في الحياة مع استخدام التحذير والإنذار ، وتبصير الطفل بقواعد الأخلاق والتقاليد الاجتماعية .

٦ - عدم تفضيل الأخوة أو التلاميذ على الطفل صاحب المشكلة ووضعهم في خبرات عائلية ومدرسية عدلة ومتكافئة الفرص .

٧ - لا بد من تخصيص دخل معتدل للطفل ، فقد أكلت الأبحاث أن الطفل الذي يتورط في سرقة صغيرة يميل إلى أن يكون قد نشأ في بيت يتجاهل

حاجاته الحالية أو في بيت يقوم فيه الوالدان بإعطائه مقادير كبيرة من النفود .
فهي من المدرسة لا بد من تخصيص مصدر دخل مُعتاد ومعتدل كمصروف
للطفل .

٨ - ضرورة توافر القدوة الحسنة في سلوك الراشدين وتحديد اتجاهاتهم الإيجابية
والسلبية نحو الأمانة والسرقة بكل وضوح ليمكس ذلك على سلوك الأطفال
ويقتنوا ويمسكوا بها .

٩ - تعويد الطفل مبكراً على الأخذ والعطاء مع الاحتفاظ بالملكية الخاصة وتسمية
شعوره بهذه الملكية ضمن الحدود المعقولة بعيداً عن الخشع والأنانية .

١٠ - العمل على تغيير أسلوب المعاملة مع الطفل السارق ، فالإنسان السعيد لا
يسرق قهراً ولا باستمرار .

ولمعرفة عادة السرقة حد فرد ما يجب أن نسأل :

— ما هي خلفية الفرد ؟

— هل نشأ في منزل سعيد ؟

— هل يشعر بالذنب من اللعب بأعضائه التناسلية ؟

— لماذا لا يحترم والديه ؟

— هل يشعر بأن والديه لا يحبانه ؟

(منصور ، ١٩٨١) .

ثانياً : الكذب Lying :

مفهوم الكذب ومظاهره :

يعني الكذب ذكر شيء غير حقيقي في القول والعمل والسلوك ونية غش أو
خداع شخص آخر من أجل الحصول على فائدة أو التملص من أشياء غير سارة .
فالكلب عادة والمجمل غير سوي يكتسبه الطفل من البيئة التي يعيش فيها
والكلب نزعة خطيرة وسلوك اجتياحي غير صحيح ينتج عنه الكثير من المشكلات
الاجتياحية . بالإضافة إلى أنه يعود الطفل على هذا السلوك لينشأ كذاباً . ولكن
الكلب الذي يشغل بال الآباء والأمهات والمربين قد يكون بكم مرحلة النمو
التي يمرون بها . فالطفل يكلب رغبة منه في جذب انتباه الآخرين .

كما يجد الأطفال في سن ما قبل المدرسة الابتدائية صعوبة في التمييز بين الخيال والواقع ، مما يجعلهم عرضة للوقوع في الكذب . ويتشر الكذب عادة بين الأطفال دون الخامسة ، والكذب عند هؤلاء الأطفال قد يكون حالة عارضة ومألوفة . وبالرغم من ذلك فإن له دوافع وقرى نفسية تؤثر في سلوك الطفل . أما الكذب عند أطفال المدرسة الابتدائية فهو يكون من نوع الكذب الاجتماعي « antisocial » . حيث يتم الكذب عن قصد لينفي الطفل عن نفسه تهمة ، أو ليدفع عن نفسه عقوبة أو ضرراً ما ، أو للحصول على مكاسب ، أو ليحط من قدر الآخرين ، أو للانضمام نتيجة الشعور بالغيرة . فالأطفال يختلفون في مستوى نموهم الأخلاقي وفي فهمهم للصدق ، حيث أن صدق الأطفال هو صدق لغوي ، ويميز بياجيه « Piaget » بين ثلاث مراحل لمعتقدات الأطفال حول الكذب^(١) . وهذه المراحل هي :

المرحلة الأولى : يعتقد الطفل بأن الكذب خطأ لأنه موضوع تتم معاقبته من قبل الكبار ، ولو تم إلغاء العقاب لأصبح الكذب مقبولاً .

المرحلة الثانية : يصبح الكذب شيئاً خاطئاً بعد ذاته ويظل كذلك حتى لو تم إلغاء العقوبة .

المرحلة الثالثة : الكذب خطأ لأنه يتعارض مع التعاطف والاحترام المتبادل .

ولمعرفة مستوى المرحلة التي وصل إليها الطفل يمكن طرح الأسئلة التالية :

— لماذا يُعتبر ذكر الأكاذيب خطأ ؟

— هل يكون مناسباً أن تكذب إذا لم يعلم أحد ولم يتم أحد بمعاذرتك هل

ذلك ؟

والجدير بالذكر فإن معظم الأطفال يكنون عندما يكونون في المرحلة الثانية (١)

عمر ست سنوات) ، وفي المرحلة الثالثة يستمر حوالي ثلث الأطفال من عمر ١٢ سنة بالكذب ، والكذب قد يأخذ أشكالاً مختلفة منها .

(١) شيفر ، شارلز ، وآخرون ، ترجمة سميحة دلاود ، وتزيه حدي ، عمان ١٩٨٩ .

كذب التقليد ، والكذب الخيالي ، والكذب الذي يكون خلطاً بين الواقع والخيال ، والكذب الادعائي أو المرضي ، والكذب الغرضي أو الأناني ، والكذب الانتقامي ، والكذب الدفاعي ، والكذب العنادي وغير ذلك من أنواع .

ولهذه الأنواع من الكذب أسباب ودوافع تكمن وراءها .

أسباب الكذب :

من ضمن أسباب الكذب ما يلي :

١ - تقليد سلوك الراشدين : فالطفل يتعلم الكذب من قدوة سيئة سواء في الأسرة أو المدرسة أو المجتمع (كذب العنوي) (السيد الهابط ، ١٩٨٣) . فمن المعروف أن الطفل يتعلم الصديق أيضاً من الكبار المحيطين به ، فإذا كانوا يلتزمون في أقوالهم وأفعالهم حدود الصديق المرحمة يمكن أن يقلد منهم في ذلك ، أما إذا نشأ في بيئة تقوم على الخداع وعدم المصارحة وإظهار الشك في صديق الآخرين ، فإن ذلك يؤدي به إلى اتباع هذه الأساليب وسوف يتبع الكذب في تعامله مع الآخرين .

٢ - يكذب الطفل للهروب من النتائج غير السارة ، أو لتسليه في تحقيق النجاح ، وخوفاً من العقاب أو ترويع وقوعه . فالمعاقب إذا كان معطداً قاسياً لا يتناسب وما يتعلبه الموقف أدى إلى اتخاذ الكذب وسيلة للوقاية (الكذب الدفاعي) ، ولكن الكذب كثيراً ما لا يحقق الغرض من حدوثه .

فالأطفال كثيراً ما يتلمعون في استخدام الكذب كسلاح شرطي لوقاية أنفسهم من العقاب ، أو إذا ثبت للطفل أن الأمانة والصراحة لا تساعدانه في التخفيف من العقاب .

٣ - كما يكذب الأطفال نتيجة الشعور بالنقص ، فهم يلجأون إلى ذلك الأسلوب تعويضاً عن عجزهم وتصورهم عن التوافق مع زملائهم ورغبة في تأكيد ذواتهم . فالطفل يلجأ في سبيل للمفاخرة بقيمته الذاتية إلى المبالغة في بعض المواقف التي قام بدور فيها . كما ينسج الطفل قصصاً خيالية تكون محتوياتها ملققة من قبله حتى لا يتجاهل الناس أمره تجاهلاً . فالطفل يكذب ليفتت انتباه الوالدين ، ويكثير لا شعوري لإشباع حاجته إلى الأمن والحصول على

٤ - الصرامة في المعاملة : فقد يؤدي قلق الوالدين على أطفالهم ، والتشدد في تشبهم على الصديق ، حيث يدقون في كل عبارة تصدر عنهم ، والتصديق عليهم في كل صغيرة أو كبيرة تصدر عنهم ، تؤدي بالطفل اللجوء إلى الكذب كمشاهدة للظهور بالظهور الذي يرغبه الوالدان . كما أن الإفراط في تدليل الطفل في صغره ، ثم تغير أسلوب المعاملة بعد ذلك مما يشعر الطفل أن الأمر السابق « التذليل » قد تغير - وهذا ما يرفضه الطفل - يدفعه إلى التهاون والكذب المرضي بغية العودة إلى ما كان عليه (الكذب الادعائي) .

٥ - للمجتمع تأثير كبير في الطفل ، حيث يدرب أحياناً على الواربة والتناق الاجتماعي وانتحال الأعذار الواهية والسجاج بوساطتها ، وإسقاط الذنب على الآخرين ، والمهرب من المسؤولية والواجب . فإذا نشأ الطفل في بيئة تحترم الحق وتلتزم الصديق بقدر دعوها إليه ، كان من الطبيعي أن يلتزم الطفل الصديق ، أما إذا سمع الطفل أحد أبويه مراراً بتشكك في صديق الآخرين ، أو شاهد أمه تتخلص من المسؤولية الملقاة عليها بادعاء المرض ، أو إذا اشترك أحد الأبوين في خداع الآخر ، أو إذا تم وعد الطفل عدة مرات دون الوفاء بذلك ، فالطفل في مثل هذه الظروف يتعلم أسلوب الخداع والغش والكذب المتكرر .

٦ - كما يكذب الطفل أحياناً كرفية في تحقيق غرض شخصي ، كان يلعب الطفل إلى أبيه ويطلب منه النقود مدعياً أن والدته أرسلت لإحضار ذلك لقضاء بعض الحاجج ، في حين أن الواقع أن الطفل يريد هذه النقود لشراء بعض حوائجه هو .

٧ - كما يكذب الطفل أيضاً ليتهم غيره باتهامات يترتب عليها عقابهم أو سوء سمعتهم . وعملت هذا النوع من الكذب الانتقامي نتيجة الغيرة التي يشعر بها الطفل ، أو نتيجة عدم المساواة في المعاملة بين الأبناء .

٨ - كما أن صغر عمر الطفل وعدم قدرته على التمييز بين الواقع والخيال قبل سن الخامسة يؤدي به إلى ذكر بعض الأماني والرغبات والإفصاح عنها بطريقة ممكنة التحقيق . وهذا النوع من الكذب مرتبط بالناحية الخرافية والأسطورية ، والتي تكون قد تكونت نتيجة ذكر بعض القصص الخرافية من

يجد أو الأب قبل دحابه إلى النوم مثلاً . هخيال الطفل قروي لدرجة تجعله أقوى من الواقع نفسه . فالطفل هناك لا يفرق بين الواقع والخيال وتلبس عليه الأمور ، ويتج عنه تدخل في الفهم ، ويصعب التفريق بينها (الكذب الخيالي ، أو الاتيافي) .

٩ - ويرى Breckenridge (في الميسوي ، ١٩٩٠) أن بعض الأطفال يكذبون على سبيل اللعب ، وذلك رغبة منهم في رؤية تأثير كذبهم في المستمعين ، ويشعرون بالسرور لذلك .

١٠ - بالإضافة إلى ذلك فقد يكذب الطفل بدافع الولاء لطفل آخر ، وذلك رغبة منه في تخليصه من مشكلة أو ورطة معينة . فالطفل هنا يتبع في صراع عندما يتعارض شحوره لأصدقائه مع مبدأ الصدق .

الوقاية والعلاج :

١ - يحتاج الكذب إلى علاج نفسي في عمر مبكر من سن الطفل ، خاصة إذا تطور مع نمو الطفل في العمر وأصبح ظاهرة ملازمة لحياته . ويقوم الطفل بالمبالغة والتحويل واحتلاق الأقاويل وتلفيق التهم هنا وهناك ، الأمر الذي يخلق شعوراً بهمم تصديقه من قبل أبويه ثم أقرانه ومعلميه ، مما يولد عنده علم حبه واحترامه من قبلهم ، وهذا بدوره يقلله مكانته الاجتماعية .

٢ - لا بد من البحث عن كل الأسباب الكامنة وراء الكذب والعمل على محاشيها مع إعداد نظم تربوي « سلوكي » للطفل تطبقه الأسرة والمدرسة وكل من له علاقة بالطفل . ولهذا فلا بد من إعطاء الطفل المزيد من الثناء والتقدير لداته ولما يقوم به ولا بد من التعامل مع الطفل بصورة أقل قسوة ، ولا بد أن تكون توقعات الراشدين من الطفل معقولة ، كما يجب أن نحصل على المعلومات عن الطفل من مصادر أخرى ، والعمل على تقديم إرشاد متخصص للطفل وأسرته .

٣ - لا بد من تعليم القيم الأخلاقية للطفل : Teach Moral Values . لا بد من التأكيد على أن الصدق هو أمر أخلاقي ومفيد للشخص وللآخرين . فالاحترام المتبادل والثقة تبنى على أسس الاتصال الصادق بين الأفراد وأن كلمة الشخص لها أهمية كبيرة . ولا بد من التأكيد أيضاً أن الصدق أمر

متوقع من جميع أفراد العائلة طلقاً أنه جزء من معاييرها الأخلاقية ، مما يدفعهم إلى قول الصدق دون خوف أو عقاب ، بالإضافة إلى ذلك فلا بد من عدم التغاضي عن كذب مرحلة الطفولة أو الاستهانة به .

٤ - أن يتصف الآباء وال كبار المحيطون بالطفل بالصدق ، وإظهار احترامهم وأعجابهم بالصادقين في أقوالهم وأفعالهم . بالإضافة إلى ضرورة حرص الآباء على عدم إعطاء وعود لأسانهم إذا كانوا غير قادرين على تنفيذها (الغزي ، ١٩٧٦) فالترام الآباء والمربين بحدود الصدق مع أبنائهم قولاً وفعلًا شيء ضروري للأطفال ليقلدوا سلوكهم وينهجوا نهجهم في توشي الصدق قولاً وفعلًا .

٥ - استخدام الثواب والعقاب : لا بد أن يتعلم الطفل من خلال الخبرة أن الكذب لن يؤدي إلى النجاح ، وأن الصدق سوف يؤدي إلى تحميس العقوبة التي يتلقاها نتيجة سوء تصرفه ، وأن الكذب الذي يؤدي إلى التستر عن سلوكه لإجتنابه لن يؤدي إلا إلى مزيد من العقوبة . ويكون العقاب على شكل خسارة الطفل لبعض الامتيازات ، أو يتلقى عقاباً مزدوجاً . ولا بد من استخدام العقاب الذي يتناسب مع حجم الخطأ دون تهور أو انفصال زائد ، وعدم المبالغة في التدقيق على كل كلمة يقولها الطفل . ولا بد من إظهار قيمة الصدق للطفل من خلال التكرار عدة مرات فلذا قال الصدق فسوف تبذل كل ما يمكن لمساعدة الطفل . ولا بد من أن يعرف الطفل بأن الصدق يكون دائماً في صالحه ، في حين أن الكذب لا يكون كذلك . فالتائج المترتبة على الكذب أكثر سوءاً من الخطأ نفسه .

٦ - لا بد من تنمية الوعي الذاتي عند الطفل ، وإعطائه فرصة أخرى لتحاشي الكذب مع التشجيع على الأمانة وقول الصدق بدلاً من استمرار الزجر والعقاب . فالطفل عندما يكذب بإنكاره أنه قام بفعل شيء ما ، لا بد من مساعدته على التعرف على دوره في الموقف المشكل ، وذلك يجعله يتحدث عن كل مرحلة من مراحل الموقف فمثلاً يمكن القول له : « أريد أن أعرف كل ما حصل منذ البداية وحتى النهاية » .

ولا بد من مساعدته على التركيز حول ما ذكر ليظهر له أنك تثق في أن بعض الأجزاء التي ذكرت غير دقيقة وغير صادقة . وعندما يعيد الطفل

ويتعمص الموقف ، فإنه يرى نفسه على خطأ ، وأين أخطأ ؟ وأين بالغ في وصف الواقع . ولا يد من إظهار الموافقة مع الطفل كلما كان على حق وكان واضحاً في كلامه (شيفر ، وآخرون ، ١٩٨٩) .

٧ - إعطاء الطفل البدائل والخيارات والاختيار بين الصدق والكذب كتموذجين في السلوك لبناء معيار الخير والشر في ضميره ووجدانه بثبات ويقناعة ذاتية لا يخاف خارجية سلطوية مؤقتة التأثير . وإعطاؤه الفرصة للتفكير عن أحلام اليقظة لديه لتظهر على شكل تعبير صادق عن أحاسيسه بالرسوم والشاططات والألعاب وممارسة الهوايات بدلاً من حرجها من صندوق الكبت اللاشعوري على شكل أكاذيب مفاجئة للأبوين والرفاق والمعلمين في المدرسة (ياسين ، ١٩٨٨) .

٨ - العمل على إشباع حاجات الطفل قدر المستطاع ، وتوجيه الطفل إلى قول الصدق وتوجيه سلوكه نحو الأعمال التي تناسب وقدراته الطبيعية بما يشعره بالنجاح ويشبع حاجته إلى الرضا والسعادة . أما تكليفه بالأعمال التي تفرق قدراته واستعداداته فإنه يشعر بالفشل ويوقعه بالإحباط ويشعره بالنقص والضعف .

٩ - التغايل ما أمكن من العقاب (وخاصة البدني) واللوم والتوبيخ لما لذلك من أثر عكسي . فشدة العقاب تعمل على تبلد الإحساس وتجعل الطفل يتعمد عليه ، وتحدث تبتياً على السلوك غير السوي ، أي عكس ما يرغب الراشدون .

ولا يد من أن تشعر أبنائنا بثقتنا بهم ، حتى يشعروا بالثقة بأنفسهم ويجمعهم ، مما يجعلهم يقولون الصدق دون الخوف من العقاب . كما أن الحكمة والصبر في التعامل مع الأطفال الذين يلجأون إلى الكذب يقلل من سلوك الكذب لديهم .

كما يجب على الكبار إبعاد الخوف ، والقلق عن الطفل ، فالشخص الآمن لا يكذب ، أما الشخص الخائف فيكذب كوسيلة للهرب من العقاب الذي قد يحرق به إذا قال الصدق .

ثالثاً : التمرد أو العصيان Disobedience :

مفهوم التمرد أو العصيان ومظاهره :

من المشكلات الهامة التي تشغل تفكير الآباء والمربين في مرحلة الطفولة المبكرة هي مشكلة التمرد والعناد عند الطفل ، حيث يرى العديد من الباحثين (شيفر ، ١٩٨٩ ، حسين ، ١٩٨٦) أن هذه المشكلة تصل ذروتها ما بين سن الثانية والرابعة من العمر . كما يرى جونسون (Johnson ، ١٩٧٣) أن حوالي ثلث مشكلات الأطفال لها علاقة بالتمرد أو العصيان .

ولهذا نرى بأن التمرد سلوك يظهر عند الطفل على شكل مقاومة علنية أو مستترة لما يطلب منه من قبل الآخرين ، وذلك نتيجة شعوره بالقسوة والتسلط وما يؤدي إليه من حيز عن القيام برد فعل لمجه ذلك . فالطفل في هذه المرحلة من العمر يصعب عليه تعلّم عمل الأشياء في الوقت المحدد الذي يجب أن تعمل فيه . ويتبرم الكثير من الآباء من سلوك عدم الطاعة الذي يظهر عند الطفل ، ويسألون عن كيفية تعليم الطفل أن يفعل ما يطلب منه في الوقت المحدد . فمن المعروف أن بعض الأطفال يطيعون تعليمات الآباء خلال السنتين الأوليين ، ولكن البعض الآخر لا يفعل ذلك ويمتد ، حيث يرى الطفل في الكبار التسلط والقوة والقهر وهذا الشعور يتولد من خلال شعوره بضعفه وهجزه من القيام بما يتمنى القيام به . فمن المعروف أن سلوك الطفل في السنتين الثالثة والرابعة من العمر يتميز بالتمركز حول الذات فهو لا يهتم بأقوال وأفعال الآخرين إلا إذا كانت مرتبطة بذاته ، ولكن مع التقدم في العمر وتفاعله مع البيئة المحيطة به ، فإن هذا السلوك يخف تدريجياً ويبدأ بالتعامل مع العالم المحيط بشكل أكثر موضوعية .

من جهة أخرى فإن سلوك التمرد والعناد هو سلوك طبيعي ومعقول وتعبير صحي عن الأنا النامية التي تسعى إلى الاستقلال والتوجيه الذاتي إذا ظهر أحياناً في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ، أما إذا تكرر واستمر هذا السلوك إلى فترة طويلة فإن ذلك يعد مؤشراً على عدم السواء وقد يطور عادات سلبية لديه بحيث يظهر سلوك العناد عنده في جميع المواقف دون أن يكون هناك أي مبرر منطقي لذلك .

ويرى شيفر (١٩٨٩ ، ص ٤٠٤) أن هناك ثلاثة أشكال رئيسة للتمرد أو العصيان عند الطفل هي :

- ١ - شكل المقاومة السلبية ، حيث يتأخر الطفل في امتثاله ، ويتجهم ، ويصبح حزينا (هادئا ومنسجبا) أو يشكو ويتنمر من أن عليه أن يطيع ، أو أنه يمثل حرفة التعليات ، ولكن ليس لروح القانون .
- ٢ - التحدي الظاهر ، لن أعمل ذلك ، حيث يكون الطفل مستعداً لتوجيه إساءة لفظية أو للاسجار في ثورة غضب للدفاع عن موقفه
- ٣ - نمط العصيان الخافت ويؤدي إلى قيام الطفل بعمل عكس ما طُلب منه تماماً ، فالطفل الذي يطلب إليه أن يهدأ مثلاً يصرخ بصوتٍ أعلى .

الأسباب :

إن أسباب العناد كثيرة ومتشابهة خاصة إذا ظهرت في سن ما بعد السادسة من العمر ويمكن ذكر أهم هذه الأسباب فيما يلي :

- ١ - التساهل المفرط في معاملة الطفل (التذليل الزائد) بحيث يلبي الوالدان كل طلبات الطفل مهما كانت ، وذلك ظناً منها بأن ذلك يكون في صالحه وراحته مما ينعكس سلباً على سلوكه وشخصيته ويجعله يلجأ إلى التمرد والعصيان في أي موقفه في أثناء تعامله مع الآخرين .
- ٢ - القسوة المفرطة من قبل الوالدين في تعاملها مع الطفل ، وإجباره اتباع نظام معين في المعاملة ، وآداب الطعام ، والنقد المستمر لسلوكه ، وطلب الطاعة القوية منه بغض النظر عن شعوره واهتماماته في تلك اللحظة .
- ٣ - التذبذب في المعاملة : إذ يلجأ الوالدان إلى القسوة المفرطة حيناً ، وفي حين آخر يتساهلان بشكلٍ مفرط مع الطفل في أثناء وجود الفعل نحو سلوكيات معينة يقوم بها . بالإضافة إلى ذلك فإن عدم اتفاق الوالدين على كيفية التعامل مع الطفل يؤدي إلى تفكك شخصيته واضطرابه وعدم استقراره النفسي ، مما يؤدي به إلى العصيان والتمرد على أوامر الوالدين .
- ٤ - إهمال الوالدين لدور الأبوة : هناك الكثير من الظروف التي تحيق بالوالدين وتموق قيامها بمهمة تربية الأبناء بشكلٍ صحيح . فمطالب العمل الكثيرة

والإشغال الزائد ، بالإضافة إلى النزاع والشقاق المستمر بينهما والذي قد يؤدي إلى الطلاق ، أو لمشكلات الشخصية التي يتعرض لها أحد الوالدين أو كلاهما قد تؤدي إلى إساءة الطفل مما يؤكد عن ذلك سلوك الرعب والعناد منه .

٥ - شعور الطفل بعدم الأمن والأمان : يعاني الطفل من اضطرابات نفسية عندما لا يشعر بالأمن والحب في محيطه الأسري مما يجعله يسلك سلوك الرعب والعناد ، والذي يظهر على شكل رفض للسلطة ، ورفض للنوم ، ورفض لطاعة الوالدين . فالقلق والصراخ المتكرر عند الطفل دليل على ما يعانيه من إحباط . بالإضافة إلى ذلك فإن غياب أحد الأبوين أو كلاهما يؤثر تأثيراً بالغاً في شخصية الطفل وحياته الانفعالية . فالطفل يحتاج إلى والدين يشعان حبا إلى الأمن والمساعدة . كما أن الطفل الذي يحرم من والديه في الصغر (بسبب الوفاة أو الطلاق) لا يجد من يتحد معه ويعرفه على الحياة والعالم المحيط به . كما أن غياب أحد الوالدين لفترة طويلة يؤثر في النمو النفسي والاجتماعي للطفل ، وقد يفسر الطفل هذا الغياب الطويل دليلاً على عدم الحب له ، مما يجعله يلجأ إلى العناد والمساكنة أو التكرس إلى سلوك قديم (تبول ، قضم أطرافه ...) .

٦ - تفضيل الوالدين أحد الأبناء دون الآخرين مما يدفع بالطفل المتبذ أو المهمل إلى اللجوء إلى سلوك انتقامي ضد الوالدين أو قد يلجأ إلى سلوك يحتلب فيه انتباه الوالدين والمحيطين وذلك من خلال العناد والمصيان لأوامر ومتطلبات الوالدين .

٧ - محاكاة الطفل لأحد أبويه : فالمحاكاة الأبوين نحو السلطة والقانون تؤثر في المحاكاة الأبناء ، فإذا أظهر الأبوان القليل من الاحترام للسلطة والنظام والقانون فإن ذلك يؤدي بأطفالهم إلى عدم احترام الراشدين وسلطتهم والعكس صحيح .

٨ - يلعب ذكاء الطفل دوراً أساسياً في التمرد والمصيان ، فإذا كان الطفل قليل الذكاء مال إلى عدم الطاعة والمصيان ، حيث أنه لا يستطيع بسهولة توقع نتائج تصرفاته بعكس الطفل الذكي الذي يمكنه أن يتوقع بسهولة نتائج تصرفاته ، وعمل إلى تأجيل إشبعاته الفورية في سبيل تحقيق أهداف آجلة .

الوقاية والعلاج :

إن أهم طرق الوقاية والعلاج في عناد أو عصيان الأطفال يكون بما يلي :

أ - الاحتدال في المعاملة : وهذا يعني بأن تكون مطالب الأبوين من الطفل معقولة وإمكان الطفل تنفيذها . فكلما استجاب الوالدان لمطالب الطفل أكثر يكون بالإمكان توقع الاستجابة الإيجابية (الطاعة) من قبل الطفل ، إذ كلما كان الأبوان أكثر حساسية وإيجابية في تلبية حاجات الطفل كلما كان الطفل أكثر طاعة . أما إذا ظهر سلوك التمرد والعصيان عند الطفل ، عندها يمكن للوالدين أن يشيرا بعبارة معينة إلى الأثر المزجج لسلوك العصيان ومشاعرها نحو ذلك .

بالإضافة إلى ذلك فلا بد من إعطاء الطفل فرصة لإبداء رأيه عند وضع القوانين كلما أمكن ذلك ، مما يجعل الطفل أكثر ميلاً إلى الطاعة والابتعاد عن التمرد . كما يجب أن نتوقع عدم الطاعة القوية من الطفل دائماً ، ولهذا يمكن أن يُعطى تحليلاً مسبقاً (لمدة ٥ دقائق) قبل تنفيذ ما يطلب منه . كما يجب السماح له بالتعبير عن مشاعره التي تسبب له الضيق ومساعدته في ذلك مثل . « أنا أكره تنظيف الغرفة » وهذا لا يعني رفض الطفل للتنظيف وإنما عارة تعبّر عما يشعر به فقط .

بالإضافة إلى ذلك فلا بد من تجنب الإفراط في القسوة في العقاب (كالضرب على الوجه أو الظهر . . إلخ) لأن ذلك يعود إلى العناد وإظهار غضب الطفل وانزعاجه ، ومن المحتمل أن يتمحصر ذلك من شخصية فاضل العقاب القاسي والمعايرة الخلقية .

ب - الثبات في المعاملة : يجب ألا يكون هناك تقلب في معاملة الطفل ، مرة نتساهل معه في فرض القواعد ، ومرة نتشدد معه . ولذلك لا بد من أن يتم احترام القواعد التي نضعها من قبل الطفل وعدم السماح بتجاوزها إلا في الحالات الطارئة والنادرة جداً . ويجب عدم السماح للطفل بخرق القواعد من خلال ثورات الغضب التي يبدئها ، ويجب تنفيذ الجزاء معه بهلوه والابتعاد عن الغضب الشديد وكل ما يؤدي إلى التطرف وذلك لتعطي الطفل انطباعاً بأنك إيجابي نحوهم وأنت واثق من أنه سيتبع تعليماتك .

ج - العمل على توفير الأمن والأمان للطفل : في جو أسري مفعم بالمحبة والحنان والثقة والعمل على احترام شخصيته ، وتأكيد ذاته ، وعدم مقارنة بالأطفال الآخرين ، وعدم التشكي من الطفل أمام الآخرين حتى لا يشعر بالقوة والسطرة على الوالدين وقدرته على التحكم فيها مما يزيد في العناد .

فالعلاقة الحميمة مع الطفل تشعره بالأمن ، وبمزيد من المحبة ، ويصبح أكثر ميلاً إلى الطاعة . فالطريقة التي يشعر بها الأطفال نحونا تحدد طريقتهم في الاستجابة للنظام الذي نقرضه ، كما أنه كلما زاد حب الطفل لنا ، كان تقيده لتوجيهاتنا أفضل ، فالعلاقة الوثيقة مع الطفل كفيلة بجلب سلوك المحبة والثقة .

د - عدم التمييز في معاملة الأطفال لأي سبب كان لأن ذلك يثير في نفوس الأطفال الشعور بالعبرة ويؤدي إلى التمرد والعصيان .

هـ - توفير القدوة المناسبة : فالأب الذي يحترم قواعد المرور ، ويتحدث من رجل الأمن بشكل جيد ، فمن المرجح أن يكون الأطفال أكثر امتثالاً للسلطة والطاعة من سلوك التمرد والعصيان .

و - الثواب والعقاب : لا بد من انتباه على سلوك الطاعة عند الطفل في كل مرة يقوم بذلك . كما أن الحزاء الذي لسلوك الطاعة يكون فعالاً عند الأطفال من عمر ١٢ سنة وما دون ذلك (مثل مشاهدة التلفزيون ، أو قطعة حلوى ... إلخ) .

وفي أحيان أخرى لا بد من فرض جزاء أو عقاب على الطفل في كل مرة لا يمثل للطاعة ويميل إلى العناد والعصيان فالطفل الذي يتأخر مثلاً عن الحضور في الموعد المناسب إلى المنزل يفرض عليه عقوبة عدم مغادرة المنزل مساء ليلة واحدة إذا كان التأخير ١٥ دقيقة وإذا كان التأخير ٣٠ دقيقة يحرم لبثتين من مغادرة المنزل مساء . ومن الممكن أن يلزم الطفل بعقوبة العزل إذا لم يتقيد بالتعليمات واستمر في ذلك .

ز - تجاهل السلوك غير المرغوب فيه : من المفصل تجاهل سلوك التمرد والعصيان في الحالات البسيطة دون الدخول في مجادلات مع الطفل ، لأن الاهتمام بالسلوك السليبي عند الطفل قد يؤدي إلى تعزيزه . وفي الوقت الذي نؤكد فيه

على ضرورة تجاهل سلوك عدم الطاعة تجاهلاً تاماً ، تؤكد على ضرورة إبداء الإهتمام الكلي لسلوك الطاعة ، فقد وُجد أن مثل هذا التحول في انتباه الأبوين فعال في خفض سلوك المعارضة بشكلٍ ظاهر عند الطفل في سن ما قبل المدرسة . كما وُجد أيضاً أن إحدى الأمهات عندما قامت بالثناء على سلوك الطاعة عند طفلها البالغة من العمر سبع سنوات وتجاهلت في الوقت نفسه سلوك المجادلة والصراخ والعصيان عند طفلها ، وجدت أن السلوك غير المرغوب فيه قد انخفض بشكلٍ واضح خلال عشرة أيام ، (شيفر ، ١٩٨٩) .

ح - ضرورة التعاون بين المنزل والروضة والمدرسة في التخلص من سلوك التمرد أو العصيان عند الطفل . فمعركة كل من الوالدين والمربين في الروضة والمدرسة بحقائق نمو الطفل ، وحقيقة ظهور العناد في مراحل نمو معينة عند الطفل كفيل بوصف برامج وقائية وعلاجية للتخلص من هذا السلوك اللاإجتماعي عند الطفل .

رابعاً : العدوان Aggression :

مفهوم العدوان ومظاهره :

يُعتبر العدوان عند الأطفال الصغار استجابة طبيعية وعرضاً عادياً ، حيث نلاحظه بكثرة على شكل غضب وصراخ ومشاجرات تُعبر عن حاجة الطفل إلى حماية أمته أو سمادته أو فرديته ، أو تمير عن محاولة لتلليل العقبات التي تواجهه أو تقف في سبيل تحقيق رغبته . ولهذا يُعتبر العدوان ضرورياً لحفظ التوازن الشخصي ، ويساعد على نمو الذات والاستقلالية . وبما على ذلك يمكن تعريف العدوان بأنه ذلك السلوك الهجومي الذي يؤدي إلى إلحاق الأذى بالناس أو بالذات أو بالملكات .

ويرى جيمس دريفر J. Drevier أن العدوان « يعني الهجوم على الآخرين والذي يرجع في الغالب وليس دائماً إلى المعارضة » (عيسوي ، ١٩٩٠ ، ص ٤٨) . ويرى دولارد وآخرون Dollard et.al. (١٩٣٩) بأن السلوك العدواني هو ذلك السلوك الذي يكون الهدف منه إيذاء شخص آخر . وهذا الهدف كما يرى فشبك Feshback (١٩٦٤) يشكل الجانب الجوهرى والأساسي

من جوانب تعريف العدوان .

ولكن أحياناً قد لا يكون عدوان الطفل على شخص آخر هو الهدف الأساسي ، ولكنه وسيلة إلى غاية أبعد هي الحصول على اهتمام الآخرين من لهم أهمية خاصة عنده .

ولهذا يرى فشبك أن هذا السلوك يوصف بأنه عدوان وسلي (Instrumental Aggression) . في حين يُعرّف ميرز (Marz في ١٩٧٢ ، Dam) العدوان بأنه حالات السلوك الموجهة لإيقاع الأذى بشخص ما بشكل مباشر أو غير مباشر . والأذى الذي يمكن أن يلحق بالشخص قد يكون نفسياً (إهانة ، خفض الاعتبار ...) أو جسماً . أما رفاعي (١٩٨٨ ، ص ٢٢١) فيعرّف العدوان بأنه « السلوك الهجومي المطوي على الإكراه والإيذاء » .

ولهذا بناء على ما تقدم نُعرف العدوان على أنه سلوك موجه ضد الآخرين ، يكون النقص منه إيذاء الآخرين بشكل مباشر أو غير مباشر .

فالعدوان المباشر يمكن ملاحظته بسهولة عند تلاميذ المدارس على شكل مشاجرات ، وضرب بعضهم البعض ، وإيذاء في الكلام ، وإيذاء الحيوانات ، وتهديد بعضهم بعض ... إلخ . أما العدوان غير المباشر فيكون كامساً وغالباً ما يحدث من قبل الأطفال الأذكى ، حيث يصفون بحبهم للمعارضة وإيذاء الآخرين بسخرتهم منهم ، أو يتحرشوا بالآخرين للقيام بأعمال غير مرغوبة اجتماعياً . ويرى جوث (Goth في ١٩٨٤) أن السلوك العدواني المباشر والسلوك العدواني غير المباشر يمكن أن يحدث كل منهما على حدة ، كما يمكن أن يحدثا معاً على شكل وحدة .

ويرى شيفر (١٩٨٩) أن الطفل الذي يكثر عدوانه ويكون هذا العدوان شديداً لديه ميل إلى أن يكون قهرياً ، ومتعجلاً ، وغير ناضج ، وضعيف التعبير عن مشاعره . كما يتصف الطفل العدواني بالتمركز حول الذات ، ويجد صعوبة في تقبل النقد أو الإحباط ، كما أن الأطفال الأقل ذكاءً أكثر ميلاً إلى العدوان من غيرهم الأكثر ذكاءً .

هذا وقد يكون العدوان مؤقتاً وعابراً ونادراً ما يكون موجهاً نحو هدف معين ، إنه يعبر عن حالة توتر نفسي تميل إلى الانتهاء بسلوكه العدواني الذي يفرغ

من خلاله الشجحات الانفعالية التي يُعاني منها ، هذا ويظهر العدوان عند الذكور أكثر من الإناث .

والعدوان عند الأطفال يتناقص ويخف مع التقدم في العمر حيث يميل الأطفال في عمر ٣ - ٧ سنوات إلى ضبط عدوانهم . فالطفل في عمر سنتين مثلاً يُعبر عن عدوانه تجاه الآخرين بالضرب ، أما طفل الأربع سنوات فيميل إلى المجادلة مع الآخرين لبعض الوقت ، وفي عمر ٨ - ٩ سنوات يصبح الطفل منضبطاً بشكل أكبر ، مع أن المشاجرات لا تنتهي في هذا العمر إلا أنها تكون مؤقتة .

ويرى شيفر (١٩٨٩) وشيخ حود (١٩٩٤) أن السلوك العدواني إذا استمر لفترة طويلة ، وكان العدوان شديداً وغير مناسب للموقف الذي أثاره ، فلا بد حينئذ أن يأخذ الآباء والمربون هذا العدوان على محمل الجد ، وأن يستخدموا إجراءات سريعة وفعالة لكبح هذا العدوان .

وتشير بعض الإحصاءات إلى أن حوالي ١٠ ٪ من الأطفال في عمر عشر سنوات لديهم عدوانية زائدة بشكل ملحوظ (Robinson, 1966; in Schanfer, 1989) .

أسباب العدوان :

تعددت النظريات التي تُفسّر العدوان عند الأطفال

- فهناك النظرية التي تفسر العدوان من خلال إجابات الحياة اليومية ، إذ أن إعاقة إشباع الرغبات البيولوجية والحاجات الغريزية عند الطفل يثير لديه الشعور بالإحباط ويؤدي إلى سلوك عدواني مثل تحطيم الأواني واللعب

كما أن معظم مشاجرات أطفال ما قبل المدرسة تنشأ بسبب صراع على الممتلكات (أحد الأطفال يحاول أخذ لعبة طفل آخر) ، ولكن هذه المشاجرات تقل مع تقدم الطفل في العمر . فالشعور بالضيق قد يكون من أسباب الشعور بالإحباط .

فكل من يُعامل الطفل بقسوة لا يلتفت إلى ما يمكن أن يحدثه من إحباط ، كما أن كل عمل من أعمال القسوة والذي يقصد منه منع الطفل من البكاء أو

القضاء على سلوكك يضايق الكبار يؤدي إلى إحباط ويظهر على شكل عدوان عند الطفل .

ـ أما نظرية التحليل النفسي الكلاسيكية بزعماء « فرويد » فترى أن غريزة الموت عند الإنسان تفسرها نزعة الكراهية ، وعندما تجد هذه النزعة الطريق إلى التعبير ، يسيطر العنف على الإنسان .

أما أدلر أحد تلامذة فرويد والمشتق من فبري أن العنف والعدوان عبارة عن استجابة تعاضدية عن الإحساس بالنقص .

ـ في حين أن نظرية التخليد أو المحاكاة ترى أن العدوان يُتعلم من طريق تقليد الكبار . ويرى سكوت Scott أن العدوان كأي استجابة أخرى سلوك متعلم . حيث يؤكد أن العدوان في حالة ظهوره يجب ألا يُلجأ إلى كبت ، لأن ذلك يؤدي إلى نتائج غير مرغوب فيها، ولكن يجب توجيه العدوان إلى مسالك مقبولة ولهذا تعتبر بعض مظاهر العدوان من هذه الناحية ضرورة لإحداث التوازن في الشخصية .

كما يمكن أن يزيد احتمال تعلم العدوان عندما يكافأ الأطفال لقيامهم بتصرفات عدوانية وذلك عندما يحصلون على ما يريدون أو يجذبون انتباه الراشدين في محيطهم . وتؤكد الدراسات أن الناس يتعلمون باستمرار عن العدوان من خبراتهم في أسرة معينة وثقافة معينة ، وبما أنهم يتعلمون باستمرار فالحيرة تلعب دوراً في الارتقاء بالعدوان أو منعه . فالأميريكيون يعلمون أولادهم العدوان بطريقة مباشرة أو غير مباشرة ، وذلك لأنهم يؤيدون العدوان ، حيث أن الأطفال يتعلمون فنون القتال في بعض الحالات ، وهناك أيضاً الألعاب العدوانية التي تظهر أن إيذاء الآخرين أمر مقبول ومستحب . بالإضافة إلى ذلك فإن الآباء يشجعون الآباء على العدوان حيث أن انتصار الطفل في المشاجرة يُقابل بالموافقة أو يكافأ .

كما أن الآباء الذين يربون أولادهم باستخدام الضرب أو العقاب البدني ، يشجعون أولادهم على استخدام الوسيلة نفسها إذا واجهتهم مشكلة شخصية وهذا هو نموذج للتعلم بالملاحظة ، فالآباء يعتبرون نماذج قوية يقلدها الأبناء . وتؤكد الأبحاث هذه الفكرة ، حيث وُجد أن الآباء العدوانيين لهم أبناء عدوانيون .

كما أن الأطفال الذين يميلون إلى القسوة غالباً ما يأتون من أسر تميل إلى القسوة واستخدام النظام الصارم في المعاملة .

ولا نشي التأثير السلبي لبرامج العنف في التلفزيون على الأطفال ، حيث يجمع علماء النفس على أن الأطفال يتعلمون العنف والعُدوان من خلال التأثير بالتمودج المعروف في التلفزيون (في برامج الكرتون مثلاً) . فالطفل عندما يُشاهد مناظر العنف والعُدوان فإنه يميل إلى إظهار الألم سواء عن طريق الجهاز العصبي أو من خلال تعبيرات الوجه

ومعنى هذا أن هناك تبيهاً معيناً يشير إلى مشاركة الطفل انفعالياً لما يحدث وتأييده لذلك ، والأطفال الذين يداومون على هذه المشاهد تتبلد انشاعر الانفعالية لديهم ولا تعود تؤثر فيهم كثيراً ويحتاجون إلى مزيد من مشاهد العنف وبالتالي قد يمارسونه في سلوكهم مع الآخرين .

- وتؤكد النظرية البيولوجية على أن العُدوان عند الأطفال ينتج من جراء عوامل جسمية مثل التعب أو الجوع أو الخد من نشاطهم وحركتهم ، أو وجود الألم جسمية لديهم ، أو في حالة توتر الجهاز العصبي عندهم .

كما وُجد أن اضطراب الصغيات مثل حالات (xxy) عند الأفراد قد تثير العُدوان عندهم . بالإضافة إلى ما أكدته الدراسات بأن هناك علاقة بين الصرع والعُدوان (صهارة ، ١٩٨٦) .

ويرى كينيث موير Kenneth Moyer (١٩٧٨) أن هناك عدة أجهزة عصبية في المخ تتحكم في توجهات معينة من العُدوان ، وأن هذه الأجهزة تعمل عندما تصل إلى عتبة معينة . فعند الوصول إلى العتبة المنخفضة مثلاً نجد أن أجهزة المخ تشط لا إرادياً وتشعر الحيوانات بالقلق وربما بالعداء إلا أن الانقضاء لا يحدث إلا إذا ظهر هدف مناسب .

كما يمكن أيضاً لأجهزة المخ التي لها دور في العُدوان أن تكشف من دور الدوائر العصبية المسيطرة على العُدوان في أداء وظيفتها ويمكن أن تمنع الدوائر العصبية من أداء وظيفتها . فمثلاً عندما قلم علماء النفس بإزالة الجره الجنائي من الحيوان لاموس لقطة ، قام الحيوان بمهاجمة القار ولكن بطريقة غلطية (دانيلوف ، ١٩٨٠) .

- بالإضافة إلى ذلك فإن الصراعات العنيفة والانفعالات المكبوتة عند الأطفال تدفع بهم إلى العدوان . فقد وجد سيرز Sears أن هناك علاقة بين العدوان وشعور الطفل بعدم الأمان ، كما وجد أيضاً أن العدوان يظهر أكثر عند الأطفال الذين يشعرون بالنكد .

ودلت الدراسات أيضاً أن العدوان لا يتجسم في كل الحالات من رغبات وميول طبيعية لدى الطفل وإنما يكون في الكثير منها عائداً إلى لزمات نفسية كالغيرة أو الغضب أو الحرمان من الحنان . ففي حالة فتاة في سن الثالثة بلغت بها الغيرة من أخيها الذي تعلم عزف الموسيقى إلى الحد الذي جعلها تحطم مفاتيح البيانو . فالحرمان من عطف الآباء وحبهم يجعل الأطفال أكثر من خيرون ميلاً إلى العدوان في كل مواقف الحياة بما في ذلك مجالات اللعب .

فعلامة الآباء بأنهم علاقة هامة وحساسة ، حيث يشعر الطفل بحب والديه ، ويرى فيها مصدراً لإشباع حاجاته من حب وحنان ودفء عاطفي ، وحماية وأمن ، ولكنها في الوقت نفسه مصدر للسلطة ، ولهذا يشعر الطفل بصراع بين شعوره بالحب لوالديه وكراهيته للسلطة الصادرة عنها (عيسوي ، ١٩٩٠) .

- يحدث العدوان عند الطفل عندما يحدث تغير جوهري في حياته مثل مرحلة الفطام ، ومرحلة اللعب إلى المدرسة ، ومرحلة الانتقال من الطفولة إلى المراهقة أو الانتقال من مدرسة إلى أخرى .

- كما يلجأ الطفل إلى العدوان على بعض ما تقع عليه يده بسبب حب الاستطلاع والرغبة في اكتشاف بعض الأمور المخفضة بالنسبة إليه ، فقد يُدعّر الطفل دمية شبيهة ليحرف ما يدخلها مثلاً ، وقد يضرب الفتاة الأمتة لسماع مواءها ... إلخ .

- كثرة الشجار بين الرالدين مما يؤدي بالطفل إلى شعوره بعدم الثقة بمن حوله مما ينكمس على شخصيته وفي ضعف قدرته على السيطرة على المشاكل والصعوبات التي تواجهه .

طرق الوقاية والعلاج :

للمعدوان أضرار خطيرة تعود على الطفل نفسه وعلى المجتمع الذي يعيش فيه على حد سواء .

فالمعدوان يُسبب للطفل فقراً في العلاقات الاجتماعية والإنسانية السوية بالإضافة إلى ما يجره من اضطرابات جسمية ونفسية . ولهذا لا بد من البحث عن طرق الوقاية من المعدوان قبل وقوعه ومعالجته في حالة حدوثه عند الطفل ، فالمعدوان عند الطفل جدير بالرعاية النفسية والتربوية الحديثة .

ويمكن ذكر أهم طرق الوقاية والعلاج من المعدوان كالتالي :

— ضرورة الاعتدال في تنشئة الطفل :

ولهذا على الآباء والمربين عدم اللجوء إلى المعدوان والغضب الشديد عندما يخطئ الطفل ، بل لا بد من التحكم في هذا الغضب وكبحه قدر الإمكان . فالطفل يقلد والده والكبار من حوله ، إذ أن الكثير من الآباء يفضبون ويثرون لأسباب بسيطة في الحياة اليومية مما يؤدي إلى نقل هذا السلوك إلى الأبناء . فقد بينت الدراسات أن الآباء ذوي الاتجاهات العدوانية لا يتقبلون الأبناء ، ولا يمنحونهم العطف والقبول ، ويميلون إلى استخدام العقاب البدني في ضبط سلوك أبنائهم . ولكن يجب ألا يعني ذلك أن نستسلم لمطالبات الطفل ونسرف في تدليله ، وإعطائه قدرًا من الحرية أكثر من اللازم . ولهذا يرى (فريجيلد Fairchild ١٩٧٧ ، ليفكوفيتس Lefkowitz ١٩٧٧ ، وسيرز Sears ١٩٥٣) في شيفر ، ١٩٨٩) أن استمرار المزج بين صنف العطف الوالدي وبين العقاب البدني القاسي لفترة طويلة من الزمن يؤدي إلى المعدوان والتباعد وعدم تحمل المسؤولية لدى الطفل .

— لا بد من شعور الطفل بالراحة النفسية والجو الآمن في المنزل والمدرسة :

فالطفل الذي يعيش عبرات سارة سعيدة يميل إلى أن ينعكس سعاده على الآخرين من خلال سلوكه معهم . كما أن توفير علاقات قوامها المحبة والمساواة والتسامح والتعاون في جو أسري آمن من شأنه أن يُبعد الطفل عن المعدوان ويُقلل

منه في حالة وجوده . فالشعور بعدم الأمان والخوف والإحباط يمكن أن يؤدي إلى العدوان الذي يتجه إلى مصدر الصراع أو قد ينحرف إلى شخص آخر لا علاقة له بذلك .

— تعويد الطفل لتحمل الإحباط :

ولهذا لا بد من إبعاد الطفل عن الخبرات التي توقعه في الفشل والإحباط ، وتكليفه بأعمال فوق طاقته ، بالإضافة إلى توفير فرص النجاح له ما أمكن إذ أن النجاح في القيام بالأعمال والمهام الموكلة إليه تعزز من ثقته بنفسه وتبعد عنه مشاعر النقص والإحباط والتي تؤدي إلى العدوان . ولكن في حالة ظهور العدوان عند الطفل فيجب عدم كبته ، لأن ذلك يؤدي إلى نتائج غير مرغوب فيها ، ولكن يجب توجيهه إلى مسالك مقبولة .

— على الأسرة توفير النشاط الحركية المنظمة للطفل :

فالطفل لديه طاقة زائدة ويحتاج إلى الحركة والتدريب الجسمي من خلال الألعاب والتهايرن والتي تعود عليه بالنفع وتمنح طاقته الزائدة ، ويساعده على تنمية قدرته على الخلق والإبداع . فاللعب عند الطفل يفرغ الانفعالات الموجودة لديه ، بالإضافة إلى أن الرياضة التنافسية (كرة القدم) تساعد على تصريف التزعات العدوانية التنافسية بشكل مقبول اجتماعياً .

— دراسة الأسباب المؤدية إلى العدوان :

لا بد للآباء والمربين من دراسة حالة الطفل جيداً للكشف عن الأسباب المؤدية إلى العدوان للعمل على تجنبها أو علاجها بما يتفق وشخصية الطفل وظروفه وقدراته ، حيث أن طبيعة الطفل هي التي تفرض عليه نوعاً خاصاً من الانفعال والاستجابة للمواقف المختلفة ، فما يثير انفعال طفل قد لا يثير انفعال طفل آخر . كما يجب البحث عن الحاجات غير المشبعة عند الطفل والعمل على إشباعها فقد تكون هذه الحاجات هي التي أثارت العدوان عنده .

— الاعتماد من العقاب الجسمي ما أمكن :

فقد يلجأ المربون والآباء إلى اتباع نظام قس ، والالتزام بقواعد معينة لا يفهمها الطفل ولا يستطيع تنفيذها مما يعرضه للفشل ، ويلجأ حينها الآباء والمربون إلى استخدام أساليب القسوة لإرغامه على اتباع هذه القواعد .

فالعقاب الجسدي الذي يسلكه الآباء بكثرة مع الطفل قد يؤدي إلى تبدل المشاعر الانفعالية لديه ، كما أنه قد يآلف هذه العقوبة ولا تعود تحدي معه كثيراً ، مما يجعل هذه العقوبة حقيرة .

ولهذا لا بد من الإقلاع عن هذه العقوبات الجسدية مع الطفل ومعاملة بالعدل والمساواة والتوجيه والنصح ، وعدم اللجوء إلى تصيد أخطائه مما يجعله يسلك طرقاً ملتوية للحصول على مطالبه أو في التعبير عن غضبه .

كما يجب هنا على الأخصائي الاجتماعي أو النفسي في المدرسة أن يتعاون مع المدرس ومع الآباء لمواجهة السلوك العدواني الذي يظهر عند الطفل .

— التقليل مما يمكن من التعرض لنهاج عدوانية :

تشير الدراسات (شيفر ، ١٩٨٩) أن الأطفال الذين يشاهدون تصرفات عدوانية يميلون إلى أن يتصرفوا بعدوانية أكثر . فالتلفزيون وما يقدمه من مشاهد عنيفة يؤدي إلى تقليد الطفل لهذه المشاهد والنهاج .

والجدير ذكره أن الأطفال في أمريكا يقضون ساعات أمام شاشة التلفزيون أكثر مما يقضون في أي نشاط آخر . فأفلام الكرتون التي تُعرض في يوم السبت مثلاً تحتوي على ٢١,٥ عملاً عدوانياً في كل ساعة . ولهذا فإن مشاهدة القتل والنزاع من خلال التلفزيون يؤدي إلى إيقاف الأحاسيس الفسيولوجية عند الطفل مما من شأنه أن يؤدي إلى العدوان فيها بعد ، خاصة إذا كان ما يُعرض من نماذج عدوانية يتوافق مع قيم وأسلوب حياة الطفل الذي كونه في الأسرة والمجتمع المحيط .

— تعزيز السلوك المرغوب فيه :

لا بد من إظهار الرضا وامتداح الطفل في كل مرة يقوم بها في اللعب مع الأطفال الآخرين دون أن يظهر عنده العدوان أو المشاجرة معهم . ولا مانع من أن يمزج الممتع مع المكافأة المادية إذا تكرر سلوكه غير العدواني مع الآخرين .

— التجاهل للتعمد للسلوك العدواني :

يجب أن يُصاحب تعزيز السلوك المرغوب عند الطفل بتجاهل تصرفاته العدوانية شريطة ألا يترتب عليها تهديد جسدي لسلامة الآخرين . كما يجب عدم

مجادلة الطفل أو توجيهه أو معاقبته بسبب سلوكه العدوانى ، بل لا بد من تجاهل هذا السلوك . وتشير نتائج الدراسات أن الراشدين يمكن أن يخفّفوا استجابات العدوان اللفظية والجسمية عند الأطفال بشكل واضح عن طريق التّجاهل المنظم للتصرفات العدوانية، وإبداء الاهتمام بالسلوك التعاونى عندهم والعمل على امتداحه (شيفر ، ١٩٨٩) .

الفصل الثامن :

المشكلات الدراسية عند الأطفال

- أولاً : مشكلة التأخر الدراسي .
- ثانياً : ضعف الدافعية للإنجاز الدراسي .
- ثالثاً : مشكلات التكيف لدى المتفوقين عقلياً .

الفصل الثامن

المشكلات الدراسية عند الأطفال

يُقصد بالمشكلات الدراسية تلك المشكلات التي تتعلق بتحصيل التلاميذ في المواد الدراسية. وسوف نستعرض فيما يلي أهم هذه المشكلات التي تواجهها المدرسة عند التلاميذ .

أولاً : مشكلة التأخر الدراسي :

مفهوم التأخر الدراسي ومظاهره :

لعبت مشكلة التأخر الدراسي اهتماماً عالمياً واسعاً في الأوساط العلمية منذ بداية القرن العشرين . ففي سنة ١٩٠٥ طلبت السلطات التربوية الفرنسية من عالم النفس ألفرد بينيه Binet دراسة مشكلة التأخر الدراسي عند تلاميذ المدارس ، وبعد ذلك تناولت الدراسات المتعلقة بهذه المشكلة .

والتأخر الدراسي مشكلة يُعاني منها التلاميذ والآباء والمدرسون في آنٍ واحد . فهي من المشكلات التربوية والاجتماعية والنفسية تؤدي إلى إعاقة نمو التلميذ نفسياً واجتماعياً وتربوياً . كما تمثل هدراً في الطاقة البشرية ، حيث تستغل نسبة كبيرة من هذه الطاقة والتي يكون للمجتمع في أمس الحاجة إليها

والتأخر الدراسي مشكلة أساسية وهامة في مرحلة التعليم الابتدائي ، لأن هذه المرحلة تستوعب معظم الأطفال الذين هم في حوالى من السادسة ومن بينهم نجد ما لا يقل عن ٢,٣٪ متخلفين دراسياً .

هذا وقد عرّف التأخر الدراسي تعريفات عديدة . فهي قاموس علم النفس الألماني Lexikon der Psychologie (١٩٨٠ ، ص ٢٠١٠) عرّف التأخر

الدراسي بأنه « ضرر كبير أو قليل في شخصية التلميذ عند تحقيقه لمتطلبات الخطة الدراسية ، والذي لا يمكن التغلب عليه إلا من خلال إجراءات تربوية وخاصة التشجيع الفردي » . في حين أن زهران وبرادة (١٩٧٤) قد عرفا التأخر الدراسي بأنه حالة تخلف أو تأخر أو نقص في التحصيل لأسباب عقلية أو اجتماعية أو انفعالية بحيث تنخفض نسبة التحصيل دون المستوى العادي المتوسط بأكثر من انحرافين معياريين ساليين . بهذا المعنى يكون التأخر الدراسي تأخراً في التحصيل عن متوسط الأقران ، أي أنه تأخر مؤقت يعود إلى أسباب اجتماعية أو نفسية أو اقتصادية أو ثقافية .

من هذا المطلق يمكن أن نعرف التأخر الدراسي بأنه مشكلة دراسية تظهر على شكل تأخر في مستوى التحصيل عن المستوى المتوسط ، بحيث يكون هذا المستوى عند التلميذ أقل من مستوى قدرته التحصيلية الحقيقية ، والذي قد يكون في مادة دراسية أو أكثر ، وقد يكون دائماً أو مؤقتاً ، يعود في أسبابه إلى عوامل جسمية أو عقلية أو انفعالية أو اجتماعية أو تربوية .

فالتأخر الدراسي قد يكون عاماً في جميع المواد الدراسية ، وهنا يرتبط التأخر في الغالب بنقص القدرات العقلية عند التلميذ وتنخفض نسبة الذكاء عنده إلى حد يتراوح بين ٧٠ - ٨٥٪. كما أن التأخر الدراسي قد يكون خاصاً في مادة أو مواد معينة (مثل الحساب ، أو الإملاء .) حيث يرتبط التأخر هنا بنقص في قدرة عقلية معينة . ويمكن تقدير التأخر الدراسي على أساس العمر التحصيلي والعمر الزمني للفرد وذلك من خلال المعادلة التالية :

$$\text{النسبة التعلّيمية} = \frac{\text{العمر التحصيلي}}{\text{العمر الزمني}} \times 100$$

فعندما يكون العمر التحصيلي أقل من العمر الزمني فهذا يعني أن هناك تأخراً دراسياً .

• أسباب التأخر الدراسي :

يعود التخلف الدراسي إلى عدد من الأسباب للتداخلية بعضها يتصل بالشخصية ، والآخر يتصل بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية ، والثالث يرتبط

بالعوامل التربوية . وفيما يلي مستحدث عن هذه الأسباب بشيء من التفصيل :

١ - الأسباب الشخصية :

إن هذه الأسباب ترتبط بالتلميذ المتأخر دراسياً من حيث مستوى ذكائه وصحته الجسمية العامة ، وعلى صحة حواسه .

أ - مستوى الذكاء : أكدت العديد من البحوث (Prenter (١٩٦٠) ، و Smith (١٩٥٧) ، و Cambbell (١٩٥٧) أن للتخلفين دراسياً يتراوح ذكاؤهم بين النقص أو الغياب الشديد والضعف العقلي . ويرتبط بذلك ضعف الذاكرة ، ونقص القدرة اللغوية ، وضعف الانتباه ، والتركيز وضعف القدرة على التفكير الاستنتاجي ، وصعوبة التفكير المجرد ، وضعف القدرة على حل المشكلات ، وسطحية الإدراك ، ونقص الميل العلمي (انظر منصور ، ١٩٨١) . وهذا ما أكدته دراسة برادة وزهران (١٩٧٤) حيث وجد أن ٧٨٪ من المتأخرين دراسياً ينتمون إلى مستويات الذكاء دون المتوسط . فانخفاض الذكاء يُعتبر من العوامل المعجلة لظهور التأخر الدراسي عند التلاميذ . وهذا لا يعني أن التأخر الدراسي غير موجود عند من ينتمون بذكاء متوسط أو أعلى ، فقد يوجد التأخر الدراسي عند هؤلاء ونعزوه إلى عوامل اجتماعية أو تربوية .

ب - الصحة الجسمية . هناك علاقة بين النمو الجسمي المضطرب وبين التأخر الدراسي . فقد بينت الدراسات أن معدل النمو لدى الأطفال المتأخرين دراسياً أقل في تقدمه بالنسبة إلى متوسط معدل نمو أقرانهم العاديين والمتخوفين (حسين ، ١٩٨٦) . كما أن الضعف العام وقلة الحيوية ، وقلة النشاط الجسمي العام تعد من الخصائص الجسمية والصحية العامة للمتأخرين دراسياً . وهذه الخصائص تعمق التلميذ عن الانتظام في دراسته ، وتعرضه للإجهاد السريع ، بالإضافة إلى معاناة المتأخر دراسياً من أمراض مختلفة منها : الأمراض الداخلية ، والأمراض الصدرية ، وأمراض القلب ، وأمراض الغدد ، وأمراض العيون وغير ذلك من الأمراض .

ج - الضعف في الحواس : يُلاحظ عند الأطفال المتأخرين دراسياً ضعف في حاسة أو أكثره وكذلك عيوب في السمع والبصر في الكلام . وهذا ما أكدته دراسة برادة وزهران (١٩٧٤) ، فقد وجد أن ٧٪ من أفراد عينة

المتحلفين دراسياً يُعانون من عيوب في السمع (ضعف في السمع) ، وأن ٦ ٪ يُعانون من عيوب في النطق والكلام أهمها اللثغة واللحجة ، والبطء الواضح في الكلام .

د- الحالة الانفعالية : يتميز الأطفال المتأخرون دراسياً بعدم الاتزان الانفعالي ، حيث يجد عندهم سرعة الانفعال أو العاطفة المضطربة أو المتبلدة . كما يُعاني الأطفال المتأخرون دراسياً من الشعور بالقلق والخوف والتقص والغيرة والبل إلى العدوان نحو زملائهم أو نحو مدرسيهم أو المدرسة بصورة عامة .

كما أنهم يُعانون من الاستغراق في أحلام اليقظة ، وشروء في الذهن وعدم القدرة على التركيز لفترة طويلة . كما تظهر عندهم ثورات انفعالية حادة ، ويُعانون من الأحلام المخيفة . كما تتميز اتجاهاتهم نحو ذواتهم ونحو المدرسة ونحو المجتمع بالسلبية وذلك بسبب شعورهم بالفشل والإحباط وعدم التقبل من المدرسة ومن المنزل مما ينعكس على عدم تقبلهم للذواتهم وللآخرين ، وهذا من شأنه أن يؤثر في إنجازهم الدراسي ويُقلل من دافعيتهم نحو الدراسة .

٢ - الأسباب الاجتماعية والاقتصادية :

إن اضطراب العلاقات بين الطفل والديه أو بين أخوته يجعل الجو النفسي الذي يعيش فيه الطفل غير مناسب للدراسة والتحصيل . بالإضافة إلى ذلك فإن أساليب التنشئة الوالدية التي يتبعها الوالدان مع الطفل وما يسودها من تسلط وقسوة ونبد أو حماية زائفة وإسراف في التدليل من شأنه أيضاً أن لا يبيء المناخ المناسب للدراسة . كما أن اتجاهات الوالدين السلبية نحو الدراسة والمدرسة ، وعدم اهتمامهم بالتعليم من شأنه أن ينمي لدى التلميذ اتجاهات غير مرغوبة نحو المدرسة والدراسة . كما أن التمسك الأسري ، وكثرة الشجار بين الوالدين وما يؤدي إليه من انفصال وطلاق يؤدي إلى سوء التوافق النفسي والاجتماعي عند الطفل وينعكس ذلك مباشرة على تحصيله الدراسي وهروبه من المدرسة .

كما أن انشغال الوالدين الرائد بالعمل وإهمال الطفل دون توجيه ورعاية ، بالإضافة إلى فشل الوالدين في إعداد وتهيئة الطفل لدخول المدرسة عوامل أساسية في التأخر الدراسي . فقد أثبتت دراسة سلطان وأحرين (١٩٧٤) أن أسر

المصنفين دراسياً يقومون بمتابعة أولادهم في شؤون الدراسة والتعاون مع المدرسة في تدعيم العمل التعليمي بنسبة أكبر من أسر الأطفال المتأخرين دراسياً .

وتؤكد الدراسات (ديسيكو Dececco ، ١٩٧٠ ، فورس oeser ١٩٧٣) أن هناك علاقة ذات دلالة بين مستوى التحصيل الدراسي والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة خاصة فيما يتعلق بانخفاض دخل الأسرة ، وضيق للسكن ، وانصراف التلميذ للعمل لمساعدة الأسرة (انظر منصور ، ١٩٨١) .

وفي الوقت نفسه فإن ارتفاع المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة إذا اقترن بعدم التوجه السليم وعدم الاكثار بالدراسة والمدرسة من قبل الوالدين واعتبار الدراسة والتحصيل أمراً ثانوياً وأنها ليست أساسية في الحراك الاجتماعي والاقتصادي يعد من العوامل الأساسية للتأخر الدراسي .

كما أثبتت دراسة سكران وآخرين (١٩٧٤) أن هناك علاقة بين مستوى تعليم الآباء والأمهات ومستوى تحصيل التلميذ في المدرسة ، حيث أن نسبة الأمية بين آباء المتأخرين دراسياً أعلى منها بين آباء المتفوقين دراسياً .

كما أن البيئة المدرسية (بما تضمه من مدرس ومادة دراسية وإدارة وزملاء داخل المدرسة) تشكل أحد العوامل البيئية التي تساهم في التأخر الدراسي إذا كان دورها سلبياً تجاه التلميذ في المدرسة .

٣ - الأسباب القروية :

يواجه التلاميذ المتأخرون دراسياً والذين يقل مستوى ذكائهم العام عن المتوسط مناهج تفوق مستواهم العقلي ، إذ أن للمناهج المدرسية توضع للطلاب الوسيط أو فوق الوسيط من حيث المستوى العقلي . وقد أثبتت الدراسات أن العمر العقلي للتلاميذ المتأخرين دراسياً يتوقف نموه غالباً في حوالى الثالثة عشرة والنصف ، وهذا ما يزيد مشكلة التلميذ للتأخر دراسياً في استيعاب المنهج الدراسي .

وفي الغالب يكون تحصيل التلميذ للتأخر دراسياً أقل من المتوسط بحوالي عامين تقريباً وخاصة في المواد الأساسية الحساب والقراءة . حيث أن مثل هؤلاء التلاميذ يصحرون عن إدراك المجردات والاحتفاظ بالتجارب والخبرات المتعلمة

لفترة طويلة بسبب ضعف ذاكرتهم وعدم القدرة على الانتباه والتركيز لفترة طويلة .

وقد بينت دراسة منصور (١٩٧٩) في البيئة السعودية أن ٧٧ ٪ من المتأخرين دراسياً والذين يتغيبون عن المدرسة يكون سبب تغييبهم المرضي بنسبة ٧٧ ٪ ، وبسبب عدم الرغبة في الذهاب إلى المدرسة ١٣ ٪ ، والخوف من أحد المدرسين ٥ ٪ ، وأسباب أخرى ٥ ٪ .

كما بينت الدراسة نفسها أن ٥٩ ٪ من التلاميذ المتأخرين دراسياً لا يوجد لديهم مكان مستقل للدراسة ، وأن ٩٩ ٪ ممن يذاكرون مع آخرين يذاكرون مع أقارب لهم ، وهذا ما يؤدي إلى تشتت انتباههم عندما يذاكرون بشكل جماعي ، أو يذاكرون مع وجود آخرين في الغرفة نفسها يشاهدون التلفزيون أو يستمعون إلى الراديو ... إلخ .

بالإضافة إلى ذلك فإن ضعف التلميذ الدراسي في مادة أو أكثر يؤدي إلى هروبه من المدرسة أو حتى الانقطاع عنها . كما أن كراهية بعض التلاميذ لبعض المواد الدراسية يرتبط ارتباطاً واضحاً بكراهيتهم لمدرسي هذه المادة .

زد على ذلك فإن استخدام المدرس لأساليب غير تربوية في العقاب مثل العقاب الجسدي يؤدي إلى خوف التلميذ وضعف ثقته بنفسه مما ينعكس مباشرة سلباً على تحصيله الدراسي . وهذا ما أكدته دراسة منصور (١٩٧٩) حيث وجد أن ١٦ ٪ من التلاميذ المتأخرين دراسياً يعانون من ميل إلى الانطواء ، و ١٩ ٪ كثيرو الشجار ، و ١٠ ٪ يقومون بتلميذ محتويات الفصل ، و ٣٠ ٪ لديهم شعور بالنقص ، و ٨ ٪ كثيرو السرحان (الشرود الذهني) .

طرق الوقاية والعلاج من التأخر الدراسي :

إن القاعدة الأساسية في التأخر الدراسي هي أنَّ الوقاية خير من العلاج ، ولكنه في حالة وجود التأخر الدراسي عند الأطفال (تلاميذ المدارس) فلا بد من اتخاذ الإجراءات السريعة لمعالجة هذه المشكلة وتخفيض التأخير منها بكل السبل والوسائل المتوفرة وأهم طرق الوقاية والعلاج ما يلي :

— ضرورة العناية بالصحة الجسمية للأطفال منذ سن مبكرة مع المتابعة المستمرة لهم في سنوات الالتحاق بالمدرسة .

- الاهتمام بتنمية حواس التلاميذ ، وعلاج كل قصور يظهر عندهم في هذه الحواس ، وأن يتم مراعاة توزيع التلاميذ داخل الفصل بما ينشئ وحالة الحواس عندهم (حالة حساسية السمع والبصر) بحيث يوضع الأطفال ذوي السمع الخفيف في المقاعد الأمامية وكذلك من يعانون من اضطرابات بصرية .
- ضرورة الكشف المبكر عن الأطفال الموقنين فكرياً وذلك لانحلال التدابير اللازمة لتنمية قدراتهم العقلية وخاصة القدرة حل حل المشكلات .
- تشجيع أولياء الأمور على إرسال أبنائهم إلى دور الحضنة ورياض الأطفال وذلك لتدريب حواسهم وعقولهم وتنمية قدراتهم العقلية والجسمية والاجتماعية لتلافي حدوث تأخر دراسي فيما بعد (Baier , 1980) .
- فالتربية في سن مبكرة تساعد على تطوير وتنمية الخيال والإبداع عند الطفل ، وتعوّض عن الحرمان الاجتماعي والتخالي الذي يعانيه الكثير من الأطفال في منازلهم .
- على المدرسة الابتدائية الاهتمام بالأنشطة المدرسية المتنوعة والمربطة بواقع البيئة والتي تستند إلى الإدراك الحسي أكثر من الإدراك للمجرد .
- فالتنوع في الأنشطة المدرسية يساعد الطفل على التركيز ويطيل أمده ، بالإضافة إلى أنه يقضي على الملل ، ويحفز الطفل على النشاط ، ويزيد من حبه للمدرسة ويجعل اتجاهاته نحوها إيجابية .
- الاهتمام باستخدام الوسائل التعليمية المناسبة والمتنوعة لما لها من أهمية في تعليم المتأخرين دراسياً وذلك نتيجة اهتمامها بالحواس التي من شأنها أن تسهل عملية الفهم والاستيعاب .
- إعداد مناهج وبرامج دراسية خاصة بالتأخرين دراسياً تعتمد على التوحي الحسية وشبه الحسية ، ولا تتطلب ذكاءً عالياً . ولذلك لا بد أن تكون الكتب المقررة ملونة جاذبة للتلاميذ المتأخرين دراسياً من أجل إثارة فضولهم للاطلاع ومزيد من الدراسة .
- العمل على إعداد برامج وخطط تعليمية علاجية خاصة بالتأخرين دراسياً ، يشرف على تنفيذها معلمون متخصصون ، وذلك من خلال استخدام الطرق

المناسبة للقدرة التي توجد عند التأخير دراسياً مع التركيز على الجواب الحسية .

— ضرورة الاهتمام بدراسة الظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للتأخير دراسياً والعمل على تعديلها أو تغييرها ، مع تهيئة الظروف المناسبة للتحصيل والدراسة الجيدة تلافياً لحدوث التأخر الدراسي .

— ضرورة اتباع أساليب تربوية سليمة في تنشئة الأطفال وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة ، وتجنب كل ما يؤدي إلى التفكك الأسري حتى نستطيع استبعاد حالات التأخر الدراسي .

— ضرورة الاهتمام بتأمين الجو النفسي الآمن للعقل المليء بالخبرة العاطفية والبهجة عن التوتر والمشاحنات ، مع توخي المساواة في المعاملة بين الأخوة .

— العمل على علاج المشكلات الانفعالية المنصبة للتأخر الدراسي ، فقد أوضحت الدراسات أن التوافق بكوناته المختلفة يلعب دوراً هاماً في التحصيل الدراسي . فقد لا يكون الجو الأسري مناسباً لعملية الدراسة والاستدراك بالإضافة إلى مفهوم الذات المثني عند الأطفال للتأخير . فقد دلت الدراسات التي قام بها كل من كامل (١٩٨٠) ، وقشقرش ومنصور (١٩٧٩) أن هناك العديد من العوامل اللامعرفية تؤثر بشدة في التحصيل مثل : انخفاض مستوى الطموح ، وقلة الدافعية للإنجاز ، والقلق والعصاة . كما توصلت دراسة كامل (١٩٨٩) إلى أن انخفاض التوافق الذاتي أو المنزلي ، والمدرسي والاجتماعي يؤثر سلباً على التحصيل . ولذلك فإن وضع برنامج سلوكي لمشكلات التلاميذ النفسية يعمل على ارتفاع درجاتهم في التحصيل (كامل ، ١٩٩٣ ، ص ٤٧٠) .

— ضرورة توفير خدمات إرشاد نفسي وتربوي داخل المدرسة ، مع إقامة علاقة وثيقة مع أولياء أمور الأطفال المتأخرين دراسياً للتعاون من أجل التخلص من هذه المشكلة .

— ضرورة توفير الوقت الكافي للتلميذ المتأخر : ويرى بلوم (Bloom ١٩٧٤) أنه لو أمكننا توفير الوقت الكافي والمساعدة اللازمة للتلميذ المتأخر دراسياً مع إثارة الدافعية لديه فإنه يستطيع الوصول إلى مستوى الملح المطلوب . ولهذا فإنه بتوفير سبل التغلب على الصعوبات الدراسية داخل الفصل مع إتاحة

الوقت الكافي للتلميذ على أساس مستوى الأداء الذي تنوعه ويريد تحقيقه فإن التلميذ يستطيع استيعاب وتعلم ما هو مقرر . ولهذا فإن منحى الجرس يمكن أن يتحرك عليه التلاميذ الضعفاء ليشبهوا نحو المستوى المتوسط ، وهذا الأخير يمكنه الانتقال إلى المستوى المرتفع ، أما للرفيعين فيمكن باستخدام البرامج الخاصة بهم أن يتخلوا إلى مستوى المتفوقين (كامل ، ١٩٩٣) .

ثانياً : ضعف دافعية الإنجاز الدراسي :

مفهوم الدافعية للإنجاز ومظاهرها :

تعتبر دافعية الإنجاز أحد الجوانب المهمة في نظام الدوافع الإنسانية ، فهي حالة داخلية تحرك السلوك وتوجهه نحو هدف ما .

وقد عرّف موسى (١٩٩٠ ، ص ٥) الدافع للإنجاز بأنه « الرغبة في الأداء الجيد ، وتحقيق النجاح ، وهو هدف ذاتي ينشط ويوجه السلوك ويُعتبر من المكونات المهمة والأساسية للنجاح الدراسي » .

ومفهوم دافعية الإنجاز يرتبط بأعمال موراي في كتابه « استكشاف الشخصية » ١٩٣٨ ، إلا أن تحليله منه يعود إلى العالم سيز (Sears) (١٩٤٢) . غير أن الدراسات المنظمة في هذا المجال قد ارتبطت بأعمال « ماكلياند » و « أوتكنسون » . ولهذا استناداً إلى أعمال ماكلياند وأوتكنسون يتحدد مفهوم دافعية الإنجاز بأنه « السعي تجاه الوصول إلى مستوى من التفوق أو الامتياز وهذه النزعة تمثل مكوناً أساسياً في دافعية الإنجاز ، وتعتبر الرغبة في التفوق والامتياز أو الإتيان بأشياء ذات مستوى واثق ، خاصة مميزة لشخصية الأشخاص ذوي المستوى المرتفع في دافعية الإنجاز » (قشقوش ، ١٩٧٩ ، ص ٣٤) .

ولهذا يُعتبر الدافع للإنجاز أحد الدوافع المهمة التي توجه سلوك التلميذ خلال سنوات دراسته من أجل تحقيق التقبل أو تجنب عدم التقبل (تحقيق النجاح أو تحقيق الفشل) ، فهي قوة مسيطرة في حياة التلميذ المدرسية ، حيث أن نقل المعلمين لهم يقوم أساساً على استمرارهم في تحقيق مستوى مرتفع من الإنجاز . ولهذا فإن التلميذ الذي تظهر عنده دافعية عالية للإنجاز والتحصيل والتعلم يحصلون تحصيلاً عالياً حيث يعتبر هؤلاء الأطفال أن النجاح لا يأتي إلا من خلال

العمل الجاد ، وأن الفشل يأتي من عدم العمل .

كما أن مرتفعي الدافعية للإنجاز يضعون لأنفسهم أهدافاً مرحلية يستطيعون تحقيقها ، حيث أن الجحاح يؤدي إلى مزيد من الجحاح والمثابرة أكثر مما تؤدي إليه الرغبة في تجنب الفشل . أما ضعف الدافعية للإنجاز فتؤدي إلى الضعف في التحصيل الدراسي وقد تؤدي إلى الفشل . فالتلاميذ الذين لا توجد عندهم دافعية كالية للإنجاز لا يبذلون جهداً يتناسب مع إمكانياتهم . وقد بينت الدراسات أن هناك حوالي ١٥ - ٤٠ ٪ من الأطفال تحصيلهم متدنٍ وأن تدني التحصيل هو أكثر ظهوراً عند الأولاد منه عند الإناث (Asbury ١٩٧٤) ، وتنفي التحصيل يظهر في سن السادسة ، حيث يبدأ الأطفال بالتنافس في التحصيل مع غيرهم ، وغالباً ما يزداد سوءاً إذا لم تتم معالجته بسرعة

هذا وقد أظهرت نتائج الدراسات (فشقوش ، ١٩٧٩) أنه كلما زاد التركيب الأسري تسلطية وتقليدية ، انخفض مستوى الدافع للإنجاز بين الأشخاص الذين يتشاورون في مثل هذه البيئات . فالإنسان ابن بيئته الاجتماعية يؤثر ويتأثر بها ، مما يجعل للأساليب التي يمارس فيها الضبط ولصاورها أثراً كبيراً في دافعية الإنجاز عند التلاميذ . وقد ذكر لو Len (١٩٧٧) أن البيئة والثقافة اللتين يعيش فيهما الفرد لها أكبر الأثر في تكوين مصدر الضبط عليه ، مما دعا روتر Rotter ، إلى افتراض وجود علاقة بين الدرجة العالية للإنجاز وبين مصدر الضبط الداخلي للفرد ، حيث أن هؤلاء يشعرون بأن لديهم سيطرة وتحكم على بيئتهم ، وأن ما يفعلونه يترتب عليه مكائنتهم داخل الجماعة التي ينتمون إليها ، وأن التعزيزات أو عواقب السلوك من مدح أو ذم ومن تقدير أو عدم تقدير سببها سلوكهم وليس أحد غيرهم بخلاف الأفراد أصحاب مصدر الضبط الخارجي الذين يتقاعسون عن العمل لأن النتائج محكومة بعوامل ليس لهم سيطرة عليها وليست مرتبة على جهودهم مثل الحظ أو القدر الذي تدخل ولعب دوره ليصلوا إلى ما وصلوا إليه .

ولهذا أكدت دراسة مورين Maureen (١٩٨٣) أن ذوي مصدر الضبط الخارجي يميلون إلى إظهار مثابرة أقل في الأفعال التي يكلفون بها بعكس نظرائهم ذوي مصدر الضبط الداخلي والذين أظهروا ارتباطاً جوهرياً مع الإنجاز الأكاديمي (عبد الباسط ، ١٩٩٢) . وما أن الدافع إلى الإنجاز

مكتسب من البيئة ، لذا تلعب التنشئة الاجتماعية للطفل دوراً أساسياً .
فبالأساليب التي تدعم الاستقلالية والثقة بالنفس عند التلاميذ تكون دافعيتهم
للإنجاز عالية بعكس الأساليب التي تقوم على التسلط والقهر والمراقبة المستمرة
وعلم الثقة ، حيث تقلل من الدافعية للإنجاز عند هؤلاء التلاميذ الذين
يتعرضون لمثل هذه الأساليب القهرية .

وهذا ما أكدته دراسة هاتين Heaven (١٩٩٠) حيث أظهرت أن
الطلاب ذوي الصبط الداخلي يتفوقون في الإنجاز الأكاديمي بالمقارنة مع الطلاب
ذوي الصبط الخارجي .

بالإضافة إلى ذلك فإن الأطفال الذين يأتون من بيئات اجتماعية محرومة أكثر
عرضة لصعف الدافعية للإنجاز والدراسة ، كما أن عدم مراعاة المدرسة
لاحتياجات وميول التلاميذ وعدم وجود ما يجلب اهتمام التلاميذ داخل المدرسة
يؤدي إلى ضعف الدافعية للإنجاز والتحصيل بالمقارنة مع التلاميذ الذين يدرسون
في مدارس تراعي حاجات وميول واهتمامات التلاميذ فيها .

أسباب ضعف الدافعية للإنجاز الدراسي :

إن لضعف الدافعية للإنجاز عند تلاميذ المدارس وخاصة في المرحلة
الابتدائية أسباباً متعددة نذكر من ضمنها ما يلي :

١ - توقعات الوالدين المرتفعة جداً والمنخفضة جداً :

يرتبط دافع الإنجاز بشكل مباشر بتدريب الطفل المبكر وممارسته . فالأفراد
الذين يوجهون إلى الدراسة يتعلمون كيف يكونون مستقلين وهم أطفال وكانوا
يكافئون على إنجازاتهم الدراسية من قبل والديهم . كما أن آباء الأطفال ذوي
الحاجات القوية للإنجاز يميلون إلى الاشتراك انفعالياً في الأعمال التي يؤديها
أولادهم والتي ترتبط بالإنجاز . ولكن قد يبلغ الآباء ويضعون معايير مرتفعة
لإنجاز أبنائهم كلها أحرزوا تقدماً ، وقد يمارسون القسوة الشديدة ليحقق أبنائهم
الإنجاز العالي في المدرسة مما يجعل الأبناء غير مباليين بالتحصيل المدرسي وتضعف
دافعيتهم للإنجاز ، ويشعرهم بأنهم فاشلون وكل ما يفعلونه غير صحيح .

بالإضافة إلى ذلك فإن توقعات الوالدين المرتفعة والمبالغ فيها تطور لدى

الأطفال خوفاً من الفشل ويؤدي إلى الإنجاز المنخفض . كما أن دفع الطفل إلى الإنجاز العالي قد يولد لديه دافعاً لتجنب النجاح ، وهو دافع اجتماعي متعلم تستثيره المواقف التنافسية عندما يخشى الأفراد أن يجلب النجاح لهم نتائج سلبية .

من جهة أخرى فإن توقعات الوالدين المنخفضة جداً من أبنائهم تؤدي بهم إلى الاستجابة وفقاً لذلك . والآباء في هذه الحالة لا يشجعونهم على الإعداد الكافي ويقلل الجهد لأنهم يعتقدون أنهم غير قادرين على ذلك . كما أنهم لا يشجعون عندهم الاستقلالية والاعتماد على الذات مما يجعلهم انكاليين وغير مهتمين بالإنجاز وتضعف دافعيتهم لذلك .

٢ - التنشئة الاجتماعية الحاطنة :

تلعب أساليب التنشئة الاجتماعية التي يتبعها الوالدان مع أبنائهم دوراً هاماً في إكسابهم الأساليب التي تركز على الاستقلالية والاعتماد على الذات أو الانكالية واللامبالاة في الإنجاز .

فالمسوة في المعاملة من أجل الوصول إلى الإنجاز العالي تؤدي إلى ضعف الدافعية عند الطفل كما يميل إلى الإهمال وذلك لعقاب الوالدين . كما أن شعور الطفل بأنه منبوذ وأنه موضع انتقاد مستمر من قبل والديه يولد لديه الشعور بعدم الكفاءة مما ينعكس سلباً على تحصيله الدراسي ويضعف دافعيته نحو الإنجاز .

أما الحماية الزائدة للأطفال من قبل الوالدين فيولد لديهم الشعور بالضعف والانكالية وعدم القدرة على المبادرة ويكونون غير ناضجين وضعيفي الدافعية للإنجاز .

أما إهمال الطفل أو تسييه والذي يبعد رقابة الوالدين عنه باعتقادهم أن ذلك يعلم الطفل الاعتماد على الذات والاستقلالية فإن هذا الأسلوب من شأنه أن يولد عند الطفل شعوراً بالخوف وعدم الأمن وينعكس ذلك سلباً على دافعيته للإنجاز . فالأطفال هنا لا يتعلمون كيف يتصرفون بشكل مناسب في المواقف الصعبة . وغالباً ما يكون الآباء أنفسهم متسيبين أو نشأوا في بيئة متسية .

إن ما ذكرناه من أساليب خاطئة للتنشئة الاجتماعية تؤدي إلى تدني تقدير الذات عند الطفل وشعوره بعدم القيمة إذ لا حول له ولا قوة .

وتلبي تقدير الدفات عند الطفل يؤدي إلى اعتقاده بأنه غير قادر على التعلم والإنجاز ، ويُقلل من قدر نفسه ومن مستوى طموحه مما يضعف من دافعيته نحو الدراسة والإنجاز .

٣ - كثرة الخلافات داخل الأسرة :

إن كثرة الخلافات والمشكلات داخل الأسرة تؤدي إلى إضعاف رغبة الطفل في الدراسة والمدرسة ، وتجعل الطفل مكتئباً حزيناً يفتقر الآمله ومخاوفه من هذه المشكلات وتؤدي إلى شعوره بعدم الأمن مما يضعف لديه الرغبة في التحصيل . وقد يلجأ بعض الأطفال إلى أساليب هروبية من هذه المشكلات باستخدام أحلام اليقظة وبعض العقاقير . . . وغير ذلك من وسائل .

٤ - الجو المدرسي غير المناسب :

تعتبر سنوات المدرسة الأولى مهمة جداً في تشكيل الدافعية للإنجاز حيث تحبل هذه الدافعية إلى الثبات نسبياً . ولهذا فإنه من الضروري جداً أن يتم تطوير الاهتمام بالتعلم عند التلاميذ وجعلهم أكثر تقبلاً للتنافس وتوقفاً للنجاح .

والمدارسون يلعبون دوراً هاماً في تنمية السلوك المرتبط بالإنجاز ، فالمدارس الجيد هو الذي يستطيع إثارة دافعية الطفل إلى أهل درجة ممكنة ومساعد الطفل في الوصول إلى أقصى ما تسمح به قدراته . أما للمدرس الذي لا يُبالي بعمله ويكون غير متحمس لعمله وغير مدرب التشويق الكافي يؤدي إلى إضعاف الدافعية للإنجاز عند تلاميذه . ومثل هؤلاء المدرسين لا بد من إبعادهم عن العمل في مجال التعليم .

بالإضافة إلى ذلك فإنه يمكن للآباء أن يؤثروا تأثيراً إيجابياً في النظام التعليمي وخاصة من خلال مجالس الآباء وذلك من خلال ممارسة الضغوط الإيجابية على المدرسة لجعل التعليم أكثر إثارة وأكثر ارتباطاً بعلاقات التلاميذ .

٥ - التأخر في النمو :

أكدت الدراسات (شيفر وميلمان ، ١٩٨٩) أن الأطفال الذين يسبرنموهم بمعدل بطيء بالمقارنة مع أقرانهم هم أقل دافعية من أقرانهم ، أي أن توقعاتهم من أنفسهم في مجال التعلم قد تكون أقل من توقعات أقرانهم مما يجعل ستين إلى

ثلاث سنوات ، مع أنهم قد يكونون من الناحية العقلية في مستوى المتوسط .
ويوصف هؤلاء الأطفال بأنهم غير ناضجين جسدياً ونفسياً واجتماعياً .

أما الأطفال الذين يُعانون من صعوبات ذات منشأ وراثي في التعلم فإن
التقصير العام في الدافعية للإنجاز لديهم غالباً ما يكون ناتجاً عن وظائف الجهاز
العصبي المركزي . وهؤلاء تعوزهم المثابرة ويحبطون بسهولة وتكون نواتج
جهودهم غير مرضية لهم وللآخرين مما يؤدي لديهم لضعف الدافعية للإنجاز .

الوقاية والعلاج :

— أن تكون توقعات الوالدين من أبنائهم معقولة ومقبولة :

إن تفهم الوالدين وحساسيتها هامة جداً بالنسبة إلى صفات الأطفال
خاصة . ولهذا يكون من الضروري العمل على تشجيع الطفل في عمر مبكر من
أجل بذل الجهد الكافي ، وعلى تحمّل الإحباط لأن ذلك ينمي عند الطفل
مفهوم ذات إيجابياً ويزيد من الدافعية للتعلم والإنجاز .

كما يجب على الآباء تجنب النقد والسخرية من الأطفال ، وتشجيع محاولات
الطفل لفهم العالم من حوله . ولهم أن يشعر الأطفال بأن والدتهم يتقبلانهم حتى
في الأحوال التي لا يتمكنون فيها من الأداء الناجح ، فيجب عدم ربط الجدارة
الذاتية للطفل بالتحصيل والإنجاز .

وعلى الآباء أن يكونوا واثقين متفهمين تماماً للاستعدادات الموجودة عند
الطفل ، وأن تكون توقعاتهم معقولة من الطفل حتى لا يُصعب بالإحباط .

وعندما تكون متطلبات الوالدين ضمن حدود قدرات الطفل فإن إنجاز
الطفل يكون مقبولاً وأكثر واقعية ، وهذا يجعل الأطفال ينظرون إلى الكبار على
أنهم مصادر للدهم والتشجيع وليس مصادر للنقد والتجريح .

كما يجب على الآباء أن يعلموا أنبأهم كيفية تركيز الانتباه على مهمة معينة
والمثابرة على إنجازها . وأن يتعلم الأطفال كذلك قيمة التعلم ، لأن ذلك يزيد
من رغبتهم في التعلم عن قاعة وجدارة .

— ضرورة استخدام أسلوب المكافأة الفورية مع التلاميذ :

يتوجب على المعلمين والآباء امتداح سلوك الأطفال بشكل مباشر أو غير

مباشر وأن يكافئهم . فالجناح في المهام المدرسية يرتبط ارتباطاً مباشراً باهتمام البيت والمدرسة بالإنجاز والحرص على مكانته . فمفهوم الذات الموجب عند الطفل يتكون من خلال سلسلة الإنجازات التي يؤديها الطفل وتلقى الاستحسان من قبل الوالدين والمعلمين ، ولهذا فإن مكافآت الوالدين للآداء الصفي تترك أثراً واضحاً لدى التلاميذ منخفضي الدافعية ، وحتى الانتباه من قبل المعلمين والوالدين يمكن أن يكون مثيراً قوياً للدافعية إذا استخدم بشكل مناسب وعاقل . فاستخدام المكافآت يؤدي إلى تحسين الآداء المدرسي إلى الحد الأقصى كما أشار إلى ذلك آبلون وكيلي (Aylon & Kelly) (١٩٧٢) .

٣- مشاركة الآباء في تحسين الظروف المدرسية :

يمكن لمجالس الآباء أن تحسن من المناخ المدرسي وتجعله أكثر جاذبية وإثارة لدافعية الإنجاز عند التلاميذ . ويكون ذلك من خلال الدعم لموازنة المدرسة من أجل تقديم المكافآت للمعلمين الجيدين ، وتدريب المعلمين في أثناء الخدمة ، وشراء الوسائل والأدوات التي من شأنها أن تزيد من فعالية التعليم وجاذبيته ، وأن يعمل الآباء أيضاً على اقتراح التعديلات على المناهج المدرسية لتصبح أكثر إثارة بالإضافة إلى تشجيع تنظيم المحاضرات والتدريبات العلمية والبرامج الخاصة والرحلات العلمية . وكل ذلك من شأنه أن يشير ويزيد من الدافعية للإنجاز عند التلاميذ .

ثالثاً : مشكلات التكيف لدى المتفوقين عقلياً :

مفهوم التفوق العقلي ومظاهره :

يولد الفرد ولديه استعدادات فطرية معينة تشكل الأساس لقدراته العقلية مستقبلاً ، ثم تقوم البيئة بتسهيل أو إعاقة نمو هذه الاستعدادات ونموها إلى قدرات أو إعاقتها . وما أن الأفراد يعيشون في بيئات متباينة ، فإن ذلك يؤدي إلى وجود أفراد لديهم قدرات مختلفة . واستناداً إلى ما يمتلكه الفرد من قدرات ونمو في هذه القدرات يمكن أن نسم هذا الشخص بدرجةٍ مختلفة للتفوق ، فقد نقول إنه متفوق أو متفوق جداً أو عبقري ... إلخ .

فالقدرات شروط أساسية ولازمة للإنجاز المتميز تمكن الفرد من ممارسة أعماله وأداء مهامه بشكل متفوق وناجح . ولهذا ليس غريباً ألا نجد تعريفاً محدداً

للتفوق العقلي ، حيث يرى تورانس Torrance (١٩٨٢) أن ذلك يعود إلى توسع مفهوم التفوق ووجود طرق جديدة وكثيرة لاكتشاف الكثير من أشكال التفوق عند الأشخاص . فقد عرّف مثلاً باسم Passow (١٩٨٦) التفوق على أن الفترة على الامتياز في التحصيل . في حين أن جي هان وهمجهرست Dehaan & Havighurst (١٩٦٥) قد حلحا مفهوم التفوق العقلي من خلال تأكيدهما على أن الأطفال المتفوقين يمتلكون قدرات عقلية وأكاديمية عالية ، ولديهم موهبة خاصة في المجالات المعقدة ، ويملكون صفات قيادية اجتماعية ، ولديهم قدرات تفوق خاصة في المجال العلمي والتقني واليدوي ، ويملكون قدرة خلاق فنية ، ولديهم قدرات متنوعة بالإدراك المكاني والإدراك العلاقات .

أما حوراني (١٩٩٢ ، ص ١٩) فيعرف التفوق بأنه القدرة تساعد الفرد على القيام بإنجاز معقد ومركب في مجال أو أكثر من مجالات العمل الإنساني وذلك بشكل سهل وسريع نسبياً ، إذا ما قورن ذلك الإنجاز مع إنجاز أفراد آخرين من العمر نفسه .

وبناء على ذلك نتفق مع حوراني (١٩٩٢) فنرى أن التفوق العقلي عبارة عن قدرة تساعد الفرد على التفوق والإنجاز في مجال أو أكثر ، بسهولة وسرعة إذا ما قورن مع أداء الآخرين وإنجازهم .

والشخص المتفوق غالباً ما يمتلك صفات شخصية وعقلية وانفعالية وجسدية متميزة ، ولكن لا يعني دائماً أن هذه الصفات تجعله سعيداً . فقد دلت التقارير الواردة من قبل المشتغلين مع المتفوقين عقلياً أنه توجد لديهم مشكلات خاصة تتصل بهم كشخص أو تتعلق بمحيطهم الثقافي والاجتماعي .

ولهذا يرى بورت Burr (١٩٧٥) أن أهم مشكلات المتفوقين عقلياً هي في الفارق الكبير بين نضج قدراتهم العقلية ، وعدم نضج مشاعرهم وحوافظهم التي تتطابق مع عمرهم الزمني ، فهم أطفال يمتلكون وعياً كبيراً ويشعرون دائماً بالعزلة .

بالإضافة إلى ذلك توجد لدى المتفوقين مشكلات تحصيلية واجتماعية وانفعالية في المدرسة (حوراني ، ١٩٩٢) . ويذكر بعض علماء النفس أن نسبة كبيرة من الأطفال المتفوقين (حوالي الثلث) يظهر عندهم صعوبات دراسية أو لا

يجزون الإنجاز الذي يتناسب مع قدراتهم العقلية .

وهذا يعني بأن هؤلاء المتفوقين يحتاجون إلى المساعدة والإرشاد والتوجيه لضمان حسن توافهمهم ، وإنجازهم الإنجاز الذي يتناسب مع مستوى قدراتهم العقلية ، فهم جيل المستقبل المتطور .

أسباب مشكلات التكيف عند المتفوقين :

تتعدد مصادر مشكلات الأطفال المتفوقين عقلياً فمنها ما يكون سببه الأسرة ، ومنها تسببه للمدرسة ، والآخرى تنصل بدلت الطفل للمفوق وغير ذلك من أسباب ومسببات لهذه المشكلات. ولهذا سوف نتناول فيما يلي أهم أسباب مشكلات التكيف عند المتفوقين عقلياً :

ـ الأسباب الأسرية :

قد يتجاهل الأبرار الطفل المتفوق عقلياً أو يقفان منه موقفاً سلبياً ، وذلك من خلال تكليفه بمهام لا تتناسب مع قدراته ، أو تقييد تصرفاته وعدم إتاحة الفرصة له في الاختيار على نفسه في حل المشكلات التي تواجهه .

كما يبالغ الوالدان أحياناً في توجيه ودفع التلميذ (الابن) إلى التفوق والسجاح وأن يكون دائماً الأول في صفه ، مما يحتم على الطفل بذل جهود كبيرة قد تفوق قدراته وإمكاناته وتوقعه في الإحباط ، مما من شأنه أن يؤدي إلى نفوره من المدرسة ، وفشله وتقصيره للمدرسي ، وقد يؤدي أيضاً إلى إصابته بانضطرابات سلوكية مختلفة .

ـ الأسباب المدرسية :

ـ تلجأ المدرسة أحياناً إلى تقدير مستويات التفوق العقلي الخاصة أو العامة عند التلاميذ بشكل خاطئ أو متأخر ، مما يترتب عليه أحياناً إغفال وإهمال التلاميذ المتفوقين وعدم رعايتهم ، الأمر الذي يؤدي إلى إصابتهم بانضطرابات انفعالية مختلفة ، أو قد يؤدي إلى طمس القدرات الإنجازية المتفوقة خاصة إذا ترائف ذلك مع مراحل انقطاع النمو العقلي التي يراها تورانس (١٩٦٤) ، ونحاتينا (١٩٨٢) التي تقع في الأعمار (٥ ، ٩ ، ١٣ ، ١٧) وأعطرها في سن التاسعة (انظر حوراني- ١٩٩٢ ، ص ١٢٠ ، ١٢٢) .

— وقد يلجأ المعلم أيضاً إلى معاقبة التلميذ الذي يقع في الخطأ مما يؤدي ببعض التلاميذ المتفوقين إلى تجنب المبادرة حتى لا يتم الوقوع في الخطأ الذي يؤدي إلى العقاب وهذا من شأنه طمس الكثير من القدرات الموجودة عند التلاميذ وعدم إتاحة الفرصة لهم للتفوق والمجalic .

— كما أن اضطراب التلاميذ المتفوقين إلى الانتظار ومسايرة أقرانهم داخل الصف يؤدي بهم إلى الوقوع في مشكلات متعددة تؤدي إلى انخفاض سريع في منحنى ثمرات التفوق العقلي في عمر الرابعة والسابعة . كما أن التلميذ المتفوق يقدم أفكاراً أصيلة وجديدة قد لا تلقى القبول من قبل زملائه في الصف ، وقد يتخللون منها موقفاً سلبياً ، مما يجعل الطفل يضطر إلى مسايرة زملائه والامتثال إليهم . فقد أجرى تورانس عام ١٩٦٤ في الولايات المتحدة الأميركية دراسة شملت ٤٥ تلميذاً من بين تلاميذ الصف السابع ، والذي افترض أنهم ربما سيتسربون باكراً من المدرسة بسبب نقصيهم الدراسي ، فوجد أن ٩٥٪ من هؤلاء التلاميذ قد أظهروا أنه لا يوجد أحد في المدرسة يأخذ بجانبه الأفكار والمقترحات التي يبلونها .

— بالإضافة إلى ذلك فإن معاقبة السلوك الاستكشافي والبحثي عند التلاميذ المتفوقين يؤدي إلى تقييد السلوك الذي يدل على التفوق العقلي والإلمام ، مما يؤدي إلى سلب شجاعة التلميذ المتفوق ، وزعزعة ثقته بنفسه .

فقد وجد تورانس (١٩٦٤) أن ٤٣٪ من التلاميذ الذين يرضون في ترك المدرسة يخافون من طرح أسئلة في أثناء الحصة الدراسية .

— كما أن عدم مناسبة المنهج الدراسي هؤلاء المتفوقين يؤدي بهم إلى الملل ، وفقدان الاهتمام . أو قد تشعرهم بالظلمة والتكبر ، ورفض المدرسة نظراً لعدم وجود المهام التعليمية التي تتحدى تفكيرهم .

— الأسباب الثقافية :

قد تكون الأسباب الثقافية من المعتقدات التي تعوق التكبر عند الأطفال المتفوقين عقلياً . فإبراز دور الجنس في تحديد السلوك المسموح أو الممنوع يؤدي إلى تقييد فضول التلميذ العلمي ، ويعدّ من المعتقدات الأساسية في نموه ونموه التعليمي . ففي دراسة قام بها فوكس (١٩٨٧) على البنات المتفوقات في

مادة الرياضيات ، وجد أن معوقات النمو المدرسي للجنين داخلية وخارجية . أما المعوقات الخارجية فتتمثل بالدور الذي يفرّ به المجتمع للأثني ويتم تدعيمه من قبل الأسرة والمجتمع ووسائل الإعلام . وهذا الدور الذي تتبناه القتيات المتفوقات يتمثل فيصبح من المعوقات الداخلية الذي يعيق التحصيل المدرسي . وهذا ما يشير إلى قلة عدد القتيات المتفوقات في الرياضيات بالمقارنة مع عدد القتيان المتفوقين في هذه المادة .

بالإضافة إلى ذلك فهناك الاعتقاد الشائع لدى الكثير من الأوساط الثقافية بأن كل سلوك لا يجاري السلوك العادي يُعد مرضياً وغير أمثلتي ويحتاج إلى تصحيح ، وهذا بدوره يعيق التفوق العقلي الذي يُعد اسرافاً عن السلوك العادي .

ـ الإجهاد والضغط النفسي المستمران عند المتفوقين عقلياً :

إن الدأب من أجل التفوق والتحصيل من خلال التصدي لمشكلات تتطلب الحل هو شيء مرغوب فيه لدى المتفوق عقلياً ، مما يدمج فقه الشخص المتفوق بنفسه ويفدائه عند وصوله إلى الحل المناسب . ولكن قد تكون المشكلات أو المهام تتطلب من المتفوق بذل جهود إضافية كبيرة ، أو قد تحتاج إلى قدرات عقلية تفوق ما لديه من قدرات مما يوقسه في الإجهاد النفسي أحياناً ، وقد يكون المجتمع سبباً في ذلك .

الإجراءات الوقائية والعلاجية :

إن المشكلات المتصلة بسوء التكيف لدى الأطفال المتفوقين عقلياً بعضها يعود إلى الطفل ذاته وبعضها يعود إلى الأسرة ، والآخر يعود إلى المدرسة . ولهذا لا بد من تقديم التوجيه والإرشاد لمؤلاء جميعاً وبصورة مستمرة ، وأن يكون تقديم التوجيه والإرشاد عملية شاملة .

حيث يرى خاتينا (١٩٨٢) في التوجيه إجراءً وقائياً يهدف إلى خلق شروط وإمكانات كذلك التي تسمح باكتشاف القدرات العقلية المتميزة لدى المتفوقين عقلياً ، ويؤدي إلى تحقيق الذات والصحة النفسية لديهم (انظر حوراني ، ١٩٩٢) .

أما أهم الإجراءات الوقائية والعلاجية فهي كالتالي :

١- الإجراءات الموجهة إلى الطفل المتفوق :

لا بد من تقديم التوجيه والإرشاد إلى الطفل المتفوق لمعرفة كيفية الاستفادة من قدراته العقلية بالشكل الصحيح والمناسب ، دون أن يُصاب بالإجهاد النفسي ، وأن يوجه نشاطه في مسارات تعود عليه وعلى المجتمع بالمائدة الكبيرة .

ب - الإجراءات الموجهة إلى الأسرة :

الأطفال المتفوقون هم قبل كل شيء أطفال ويحب معاملتهم على هذا الأساس . ولهذا لا بد للوالدين في أثناء توجيهها للطفل المتفوق من أحل النجاح ، من أن يحرصا على معرفة مستوى قدراته ، وألا يكلفاه بأعمال تفوق مستوى هذه القدرات ، وأن يعلما أن النمو في جوانب الشخصية الأخرى لا يسير بالسرعة نفسها التي يسير فيها النمو العقلي . كما يجب على الأسرة أن تحسن الاستماع إلى الطفل المتفوق خاصة في مسائل تستثير فضوله العلمي ، أو جواب اجتياحية مشكلة بالنسبة إليه .

كما يحتاج الطفل المتفوق إلى للمشاركة الوجدانية من قبل الأبوين ، مما يوجب على الأسرة البحث عن الوقت الكافي للتفاعل مع أبنائهم المتفوقين سواء في المنزل أو في نشاطات تنظمها الأسرة .

وعلى الأسرة أن تتفهم طموح أبنائها ولعلمهم الشديد بالتفوق ، وأن تسعى ما أمكن لتنمية جوانب الصوق المختلفة لديهم وتشجيعها بالشكل المطلوب ، وأن تتقبل التفوق لديهم ، وتعاملهم كأشخاص هاديين ، وليس على أساس أنهم أشخاص يمثلون فئة معينة ولديهم مواهب وقدرات خاصة . ولهذا يكون واجبا على الأسرة أن ترضى الطفل المتفوق وتحصيه ما أمكن من الإحباطات والمشكلات التي يمكن أن يتعرض لها في حياته اليومية . وهذا يوجب على الأسرة أن تقم صلات مستمرة مع المدرسة للتعرف على مشكلات أبنائها للعمل على المساهمة في حلها .

ج - الإجراءات الموجهة إلى المدرسة :

والمدرسة تضطلع بدور كبير في وقاية الأطفال المتفوقين عقليا من مشكلات سوء التكيف التي يتعرضون لها ، وذلك من خلال الكشف المبكر عن الصوق العقلي الموجود بين التلاميذ للعمل على تلافي كل ما يضغط أو يطمس قدراتهم

العقلية أو يوجهها في الاتجاه غير الصحيح . ولهذا يكون من واجب المعلم العمل على تشخيص قدرات المتفوق العقلي لدى تلاميذه بشكلٍ صكر وصحيح . مما يفيد في احتيلار الموضوعات اللازمة والمناسبة التي تتعلق تفكيرهم وقدراتهم العقلية دون أن تتجاوز المستوى الذي لا يستطيع هؤلاء الوصول إليه ويعرضهم للإجهاد .

كما يجب على المعلم احترام الأفكار والإجابات غير العادية والتي يقدمها التلاميذ في أثناء حل المشكلات ، مما من شأنه أن يعزز لديهم الثقة بأنفسهم ، ويطور قدراتهم العقلية ، ويريد من دافعتهم للبحث والتتقب . لذا يجب على المعلم أن يتعاون مع زملائه (خاصة إذا كان كل منهم يدرس مادة متخصصة) لتحديد جوانب التفوق عند التلاميذ بشكلٍ دقيق ، وأن يتعاون أيضاً مع أسر التلاميذ المتفوقين من أجل التخطيط والتنفيذ الأمثل ، وإعداد كل ما يمكن أن يعترض طريق المتفوقين من صعوبات .

المراجع

أولاً: المراجع العربية :

- 1- أبو النيل ، محمود؛ أحمد، محدة. الصحة النفسية - الأمراض والمشكلات النفسية والاجتماعية، 1985
- 2- أبريك، هـ. مشكلات علم النفس. ترجمة جابر عبد الحميد حابر، ويوسف محمود الشيخ - دار النهضة العربية ، 1964.
- 3- الحجار، محمد حمدي. أبحاث في علم النفس السريري والإرشاد، بيروت، دار العلم للملايين ، 1987.
- 4- الحجار، محمد حمدي. المعين في الطب النفسي. دمشق: دار طلائع، 1988.
- 5- الحجار، محمد حمدي، الطب السلوكي للعاصر. بيروت: دار العلم للملايين، 1989 .
- 6- حسن، محمد عبد المؤمن. مشكلات الطفل النفسية. دار الفكر الحسامي، 1986.
- 7- حمودة، محمود. الطب النفسي - النفس أسرارها وأعراضها - مهر الجديد: مكتبة المعالجة، 1990.
- 8- حوراني، محمد حبيب. سيكولوجية التعميق والمبدعين . دمشق: مطبعة الاتحاد، 1992.
- 9- الحصري، نجية أحمد. قياس ضبط التوافق النفسي بين طلبة الجامعة الحاصلين على الثانوية الفنية ومقراتهم الحاصلين على الثانوية العامة. جامعة القاهرة،

الجمعية المصرية للدراسات النفسية، بحوث المؤتمر الثالث لعلم النفس في مصر، 26-28 يناير، 1987.

10- الخليلدي، عبد الحميد سعيد. الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال. صناعاء 1991.

11- حمري، أحمد الخواف الشائعة لدى الطلاب البعيين دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، يوليو، 1991

12- دافيموف، لندال. مدخل علم النفس. ترجمة سيد الطوب و أحسرون. الرياض: دار ماكهمروهيل، 1983.

13- دسوقي، كمال. علم النفس ودراسة التوافق. بيروت: دار النهضة العربية، 1974.

14- ثابت، عبد الرؤوف. مفهوم الطب النفسي، القاهرة: الأهرام، 1993.

15- الرفاعي، نعيم: الصحة النفسية- دراسة في سيكولوجية التكيف. دمشق: 1988.

16- المربعاني، سليمان. معالجة التبول اللاإرادي سلوكياً - دراسة تجريبية علاجية - مجلة العلوم الاجتماعية . العدد 3، أيلول، 1981، ص7-25.

17- رمزي، إسحق. مشكلات الأطفال اليومية. القاهرة: دار المعارف، 1982.

18- رهران، حامد عبد السلام. للصحة النفسية والعلاج النفسي: القاهرة: عالم الكتب، 1974.

19- رهران ، حامد عبد السلام. علم نفس النمو، القاهرة: عالم الكتب، 2000.

- 20- زهران، حامد عبد اسلام . الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب، 1978.
- 21- سلطان، عماد الدين، وآخرون. بحث للتأخر الدراسي في المرحلة الابتدائية. مركز البحوث الاجتماعية والحالية، 1974.
- 22- سوي، ريتشارد، ترجمة أحمد عبد الحريز سلامة. علم الأمراض النفسية والعقلية. الكويت: مكتبة الملاح، 1988.
- 23- السيد، عبد الحليم محمود وآخرون . علم النفس العام. القاهرة: مكتبة غريب، 1990.
- 24- السيد الهابط، محمد. التكيف والصحة النفسية . الاسكندرية: مكتبة الجامعي الحديث، 1994.
- 25- الشيخ حمود، محمد عبد الحميد. الإرشاد المدرسي. جامعة دمشق 1994.
- 26- شيفر، شارلرا ميلمان، هولارد. ترجمة نسيمه دلاود، وزينة حمدي. مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها. عمان : 1919.
- 27- صالح، أحمد محمد حسن. تقدير الذات وعلاقته بالاكساب لدى بنة مس المراهقين. الكتاب السوي في علم النفس. المجلد السادس، الأنجلو المصرية، 1989، ص104-127.
- 28- الصراف، فاسم علي. علاقة كل من تعليم الأم وعمرها وعدد الأنفسال في الأسرة بأساليب تربية الأبناء في البيئة الكويتية. مجلة جامعة الملك سعود، 3، العلوم التربوية (1)، 1991، ص 199-225.

- 29- الطيب ، محمد عبد الطاهر. العصاب القهري وتشخيصه باستخدام اختبار مهم المصروع. طططا: مكتبة سماح، 1985.
- 30- عبد الباسط، عبد العزيز محمود. علاقه مصدر الضغط بالاندفاع للإنتهاز لدى طالبات الكليات المتوسطة بمنطقة عمان دراسات نفسية، ك2، ج4، أكتوبر، 1992، ص 549-575.
- 31- عبد الباقي ، سلوى. الاكتئاب بين تلاميذ المدارس، دراسات نفسية، رابطة الأحصائيين النفسيين المصرية، يوليو، 1992، ك2، ج3، ص 437-479
- 32- عبد الرزاق، عماد. الأعراض والأمراض النفسية وعلاجها أطلعال وأحداث- عمان : دار المكر، 1987.
- 33- عبد القادر، محمود. التوافق النفسي والاجتماعي لطلاب الكويت ومشكلاته. رابطة الاجتماعيين، الكويت، 1979.
- 34- عبد الفتاح، يوسف. بعض مخاوف الأطفال ومفهوم الذات لديهم - دراسة مقارنة - مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 21، يناير/ فبراير، مارس 1992.
- 35- غريب، سامي. علم النفس التطوري. عمان . دار مجدلاوي، 1987.
- 36- عكاشة، أحمد. الطب النفسي المعاصر، القاهرة: الأنجلو المصرية، 1976.
- 37- عمارة، الرين عباس. مدخل الى الطب النفسي. بيروت: دار الثقافة، 1986.
- 38- عودة، عماد؛ مرمي، كمال إبراهيم. الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام. الكويت: دار القلم، 1984.

- ٣٩- العيسوي، عبد الرحمن. أمراض العصر. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٤.
- ٤٠- العيسوي، عبد الرحمن الإرشاد النفسي. الإسكندرية : دار الفكر الجامعي، ١٩٩٠.
- ٤١- العربي، حسين فيصل. علم نفس الطعولة والمراهقة . دمشق : مطبعة جامعة دمشق، ٢٠٠٠.
- ٤٢- العقي، حامد عبد العزيز. دراسات في سيكولوجية النمو. القاهرة: عالم الكتب، ١٩٩٩.
- ٤٣- دهمي، مصطفى. أمراض الكلام. القاهرة: مكتبة مصر، ١٩٧٥.
- ٤٤- دهمي، مصطفى : علم النفس الإكلينيكي مكتبة مصر، ١٩٦٧.
- ٤٥- فشقوش، أم منصور، ط. دافعية الإثارة وقياسها. القاهرة: الأنجلو المصرية، ١٩٧٩.
- ٤٦- القوصي، عبد العزيز. أسس الصحة النفسية. القاهرة: النهضة المصرية، ٢٠٠٠.
- ٤٧- كامل، عبد الوهاب محمد. أسس تنظيم السلوك . طبعاً: المكتبة القومية الحديثة، ١٩٨٠.
- ٤٨- كامل، عبد الوهاب محمد. سيكولوجية التعلم والفروق الفردية. القاهرة: النهضة المصرية، ١٩٩٣.

- 49- كعالي، علاء الدين . تقدير الذات في علاقته بالنشئة الوالدية والأسر
النفسية . دراسة في عملية تقدير الذات . المجلة العربية للعلوم الإنسانية، العدد
30، المجلد 9، 1989، ص 100-129.
- 50 - كعالي، علاء الدين . النشئة الوالدية والأمراض النفسية - دراسة أممية بقية -
كلينيكية. الماهرة: مصر، 1989.
- 51 - كمال، علي النفس: أمراضها وامتعالاتها . ط2، بغداد : دار واسط للنشر
والتوزيع، 1983.
- 52 - كولر، إ.م. ترجمة الدماطي، عبد العطار عبد الحكيم؛ وآخرون . المدخل إلى
علم النفس المرضي الإكلينيكي. الإسكندرية : دار المعارف الجامعية، 1992.
- 53 -- المليحي، عبد المصم. المليحي، حلمي. النمو النفسي، بيروت: دار النهضة
العربية، 1980.
- 54 -- المغربي، سعد. حول مفهوم الصحة النفسية أو التوافق. مجلة علم النفس،
العدد 23، يوليو - أغسطس - سبتمبر، 1992، ص 6-17.
- 55 - محسن، خليل. الأمراض العصبية والنفسية عند الأطفال والأولاد - أسبابها
وطرق علاجها. بيروت : دار الكتب العلمية، 1988.
- 56 - محمد، محمد أحمد عمود. دراسة كشمية لمشكلات الخوف والكسب لدى
الأطفال. مجلة علم النفس المعاصر، المجلد الثاني، العدد الخامس، أكتوبر -
ديسمبر، جامعة ليبيا، كلية الآداب ، 1992.
- 57 - مرسي، سيد عبد الحميد. الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني.
القاهرة: 1976.

- 58- مسن، بول، وجون كونيغر، وحيروم كاجان؛ ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة.
أسس سيكولوجية الطفولة والمراهقة. الكويت. مكتبة العلاح، 2001.
- 59- معوض، خليل ميخائيل. سيكولوجية النمو - الطفولة والمراهقة.
الإسكندرية، دار الفكر الجامعي، 1983.
- 60- منصور، طلعت؛ وآخرون. أسس علم النفس العام. القاهرة: الأنجلو
المصرية، 1981.
- 61- منصور، محمد جميل يوسف. التنخلف الدراسي في المرحلة الابتدائية. دراسة
مصححة في البيئة السعودية، مركز البحوث التربوية والنفسية، كلية التربية
بمكة المكرمة، 1979.
- 62- منصور، محمد جميل يوسف. قراءات في مشكلات الطفولة. لهامة، جدة،
1981.
- 63- موسى، ر.ع. دراسة أثر بعض المحددات السلوكية على الدافعية للإبحار. مجلة
علم النفس، المجلد المصرية العامة للكتاب، 1990، 154، 60، 81.
- 64- نجاتي، محمد عثمان. المدينة الحديثة وتسامح الوالدين (بحث حضاري مقارنة)
القاهرة: دار النهضة العربية، 1984.
- 65- هرمر، صباح حنا؛ إبراهيم، يوسف حنا. علم النفس التكويني - الطفولة
والمراهقة. جامعة الموصل: دار الكتب للطباعة والنشر، 1988.
- 66- ياسين، عطوف. علم النفس العيادي. بيروت: دار العلم للملايين، 1981.
- 67- ياسين، عطوف. أسس الطب النفسي الحديث. بيروت: مؤسسة بحسون
الثقافية، 1988.

ثانياً : المراجع الأجنبية :

- Ackerman, N. **The Psychodynamics of the family life**. Basic Books, ins. N.Y, 1958.
- Asbury, Charles, A. **Selected Factors influencing over- and under-achievement in young school- age children**. Review of educational research 44, 1974, pp. 409- 428.
 - Ascher, E. **Motor Syndromes of Functional or undetermined origin**. Tics, Cramps, Gillesdele Tourette's disease, and others. Ins. Avieti (ed.) **American Hand book of Psychiatry**, 2nd ed n. Vol. 3: **Adult Clinical Psychiatry**. Basic Books, New York.
 - Aylosa, Teodoro and Kelly, Kathy. **Effects of reinforcement on standardized test Performance**. Journal of Applied Behavior Analysis 5. 1972, pp. 477- 484.
 - Azrine, N. H. and Nunn , R. G. **Habit reversal: A method of,Eliminating nervous habits and tics «Behavior research and therapy»**. 1973, pp. 619- 628.
 - Barton Hall, M. **Psychiatric examination of the school child**. London: Edward Arnold, 1947.
 - Baier, H. **Einführung in die Lernbehinderten Pädagogik**. Stuttgart, 1980.
 - Bateson, G. Jackson, D. Haley, H. and Weakland, J. **A note on the Double bind**. Family Process, 1963, 2, 154- 171.
 - Beilman, M. **Studies on encopresis**, Acta Paediatrica Scandinavica Supplement. 170, 1966, p.121.
 - Berg, I. **Day Wetting in Children**. Journal of child, Psychology and Psychiatry, 1979, 20, P. 167- 173.
 - Bowca, M. Dyzinger, R. Brodey, W. and Basamaria, B. **The Family as the unit of Study and treatment**. Amer. J. Orthopsychiat, 1961, 31, 40- 86.
 - Bullock, J. **The Relationship between Parental perceptions of the**

Family Environment and children's perceived competence. *Child Study Journal*, 18, 1988, 17- 31.

- Brazelton, I. B. **Sucking in infancy.** *Pediatrics*, 1956, 17, P. 400- 404.
- Cotler, S. **The effects of Positive and negative reinforcement and test Anxiety on the reading performance of male elementary school children,** *genet Psychol. Monographs*, 1969, 80, 29- 50.
- Curran, D. Partridge and Story. **Psychological Medicine**, 7th (ed), Edinburgh: churchill Livingstone, 1972.
- Dann, H.D. **Agression und Leistung.** Stuttgart, 1972.
- Davis, H.V. Sears, R. R. Miller, H.C. and Brodbeck, A.J. **Effects of cup, bottle and breast feeding on orale activities of newborn infants** *Pediatrics*, 1948, 3, 459- 558.
- Davies, J. M **Atwo- Factor theory of schizophrenia.** *Journal of Psychiatric research*, 1974, 11, 25- 30.
- Dollard, J.; Doob, L. W. Miller , N.E., Mowrer, O.H, and Sears, R. R. **Frustration and Aggression.** Yal University, Press, New Haven, 1939.
- Dominian, Jack. **Depression** william collins and co, Ltd. Glasgow, London, 1976.
- Dumas, Tean, E & Others. **Behavioral correlates of Maternal Depressive symptomatology in conduct- Disorder children.** *Journal of consulting and clinical Psychology*, 1989 (V57, n4516- 21 Aug).
- Erikson, E. **Childhood and Society.** 2 nd. ed. New York, Norton, 1963.
- Eaman, A. H. **Nocturnal enuresis.** *Journal of child Psychiatry*, 16, 1977, pp. 150- 158.
- Eysenck, H.J., and Rachman. **The caces and cures of Neurosis.** Routledge and Kegan Paul, London, 1965.
- Feshbach, s. **The Function of aggression and regulation of the aggressive drive.** *Psychological Review*, 71, 257- 272.
- Fox, L.H. **Die Zeiten ändern sich.** Berlin, 1987.
- Ghodsion, M. and Others. **Alontudinal Study of Maternal Depression and child behavior Problems.** *Journal of child Psychology and Psychiatry and Allied discipline*, 1984, V25, N1 P. 91- 109, Jan.
- Göth, N. **Spätele Verhaltensstörungen bei lern und verhaltens Störungen bei Schülern.** Berlin, 1984.
- Hadfield, J. A. **Psychology and mental health.** London, Allen & Un-

win, 1950.

- Heaven, P. Attitudinal and Personality correlates of Achievement Motivation among high school Students. *Personality and individual Differences*, 1990, N11, 705-710.
- Hurlock, E. B. *Developmental Psychology*. New Delhi, 1981.
- Johnson, L. R. The status of thumb-sucking and finger sucking. *J. Amer. Dent. Ass.* 1939. 26, p. 1245- 1254.
- Johnson, S. M. et al. How deviant is the normal child ? A behavioral analysis of the preschool child and his family. «In *Advances in Behavior therapy*. Vol. 4. Rubin, R.D. Brody, J.P., and Henderson, J. D. eds. Academic Press, New York, 1973.
- Kagan, J. Children's Perception of Parents; J. Abner. *Social Psychology*. 1956, P. 257. 259.
- Kauffman, G. M. Characteristics of children's behavior disorders, (2nd ed.) London, Charles, E. Merrill Pub , comp., 1981.
- Klackenberg, G. Thumb- Sucking. Frequency and etiology *Pediatrics*. 1949, 4 , P. 418- 424.
- Kohn, M. *Class Conformity: A study of values*. Homewood, Ill: Dorsey, 1989.
- Kolb, L. C. *Modern Clinical Psychiatry*. 7 th ed-Philadelphia. Illustrated Saunders WB. 1968.
- Kunst, Mays. A Study of Thumb- and Finger- Sucking in infants. *Psych. Manager*, 1948, 3.
- Lefkowitz, Monroe. & Testing Edward. Rejection and Depression. *Prospective and Contemporaneous Analysis*. *Developmental Psychology*, 1964, V20n5 P.776- 85, Sep.
- Levy, D.M. *Maternal over protection*. New York. Columbia University Press, 1943.
- Lewis, S. J. Thumb- Sucking. A case of malocclusion in the deciduous teeth. *J. Amer. Dent. Ass.* 1933, 16, 1060 - 1072.
- Lewis, S. J. Undesirable habit influencing the deciduous dentition. *J. Amer. Dent. Ass.* 1930, 17, 1060- 1072.
- Lipsitt, L. A self- Concept scale for children and its relationship to the children's form of the manifest anxiety Scale. *Child Development*, 1958, 29, P. 463- 472.
- Maureen, J F. & Harris, M.C. Locus of control and Academic Achievement. *Altterature Review J. Personality and Social Psychology*

gy. ,1983, V44. N2, P. 419- 427.

- Moyer, Kenneth. *News and comment Human Nature*. 1978, 1 (1), 16.
- Mullis, R and Mullis, A. *Reports of child Behavior by Single Mothers*. Child Study Journal, 17, 1987, 211- 224.
- Murphy, L. *Later Outcomes of Early Infant and Mother Relationships*. In L. Stone, H. Smith, and Murphy, eds. *The Competent infant and consentary*. New York: Basic Books, 1973.
- National Institute of Mental Health. *Causes, Detection and treatment of Childhood Depression*. N MH, Washington, D C. 1979
- Nelms, Barbara Crew. *A comparison of chronically ill and Non- ill school age children on Measures of Emathy, Emotional Responsiveness, Depression Aggression, and Self Concept as Ma*. Diabets Militus, University of California, Los Angeles, 1985, 0031, Degree, Phd.
- Passow, A. H. *Hochbegabten förderung in internationaler Perspektive*. Bonn , 1986.
- Peuke, Yarrow; Marian & Others. *Patterns and Attachment in two and three years old in normal families and families with perental Depression*. Child Development 1985, V56, N4, P. 884- 894.
- Rosenberg, M. *Conceiving The Self*. New York: Basic Books, 1979.
- Safran, Stephen, P. Lehman, Cynthia, J. *Suicidal behavioral in Preadolecent children. A Growing concern- B.C. Journal of Special Education*, 1987, V11, n1, p17- 22.
- Sarson, I. *The effects of anxiety and threat on the Solution of adiffi- cult task*, J. Abnorm. Soc. Psychol. 1961, 62, 63, 165- 168.
- Schaefer, C., E. *Childhood Encopresis and enuresis causes & therapy*. Van Nostand Reingoldn- New York, 1979.
- Sears, R. R.; and Wise, G. W. *Relation of cup Feeding in infancy to thumb- Sucking and the oral drive*. Amer. J. Orthopsychist, 1950, 20, P. 123- 138.
- Shulman, B. *Essays on Schizophrenia*. William and William, co, Baltimore, 1968.
- Spiegel; J. Bell, N. *The Family of the Psychiatric patient*. In Arieti (Ed) *American Hand book of Psychiatry*. Basic Books inc. N. Y. 1967.
- Spielberger, C. D. *Test Anxiety inventory*. Preliminary Professional manual, consulting Psychologists, Press, 1980, inc.

- Sullivan, H. S. **The interpersonal theory of Psychiatry**. Washington, D.C. White Psychiatric foundation, 1953.
- Torrance, P. E. **Hochbegabungskonzepte**. , Hannover, 1982.
- Valenstein, E.S.; Riss, and Young, W. C. **Experimental and genetic factors in the organisation of sexual behavior in male guinea Pigs**, J. Comp. Physiol. Psychol., 1955, 48, P. 397- 403.
- White, B. and J. Watts. **Experience and Environment: Major influences on the Development of the Young child**. Engle Wood Cliffs, N J.: Prentice- Hall, 1978.
- Wolman , B. **The Families of Schizophrenics Patients**. Acta. Psychotherapy, 1970, 9.
- Wolpe, J. **Psychotherapy by Reciprocal inhibition**. Stanford University, Press, 1958.
- Wolpe, J. **The Experimental model and treatment of the neurotic Depression**. Behavior Research and Therapy, 1979, Vol. 17, PP. 555- 565.
- Yarrow, L. J **The relationship between nutritive sucking experiences in infancy and non nutritive sucking in childhood** . J. Genet. Psychol., 1954, 84, P. 149- 162.
- Yets, A. J. Tics. **in** C.G. Costello (ed.) **Symptoms of Psychopathology. A Hand book**. John Wiley, New York. 1970.

الفهرس

الإهداء ٥

مقدمة ٧

الفصل الأول : الأمراض النفسية عند الأطفال

مفهوم المرض النفسي..... ١١

أسباب الأمراض النفسية عند الأطفال ١٣

أعراض الأمراض النفسية عند الأطفال ١٥

الفصل الثاني : التنشئة الوالدية والأمراض النفسية عند الأطفال

طبيعة التنشئة الوالدية ٢١

مفهوم التنشئة الوالدية..... ٢٢

أهمية التنشئة الوالدية ٢٣

العلاقة بين التنشئة الوالدية والأمراض النفسية للأطفال..... ٢٥

الفصل الثالث : التوافق النفسي والاجتماعي

وأثره في شخصية الطفل

مفهوم التوافق النفسي والاجتماعي..... ٣١

أساليب التوافق النفسي والاجتماعي عند الأطفال ٣٣

أثر الأساليب التوافقية في شخصية الطفل ٣٥

التوافق وحيل الدفاع النفسي ٣٥

دور الأسرة في التوافق النفسي والاجتماعي للأطفال..... ٣٨

أهمية شعور الطفل بالأمن في توافقه النفسي والاجتماعي ٣٩

٤١	أسباب سوء التوافق النفسي والاجتماعي
----	-------------------------------------

الفصل الرابع : أهم الأمراض النفسية عند الأطفال

٤٧	مقدمة
٤٨	أولاً : القلق Anxiety
٥٥	ثانياً : الخوف
٦٨	ثالثاً : عصاب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Neurosis
٧٥	رابعاً : فصام الطفولة Child hood Schizophrenia
٨٤	خامساً : الاكتئاب Depression
٩٢	سادساً : الاستجابات الهستيرية Hysterical Reaction

الفصل الخامس : المشكلات السلوكية عند الأطفال

٩٧	طبيعة المشكلات السلوكية عند الأطفال
٩٨	أولاً : اضطرابات النوم Sleep Disturbances
١٠٣	ثانياً : المشكلات المتعلقة بالطعام (التغذية) Problems Eating
١١٠	ثالثاً : التبول اللاإرادي Enuresis
١٢١	رابعاً : التبرز اللاإرادي Soiling
١٢٥	خامساً : الشعور بالغيرة Jealousy

الفصل السادس : المشكلات النفسية الحركية

(النفسية - الحركية) عند الأطفال

١٣٥	أولاً : اضطرابات الكلام
١٤٣	ثانياً : مص الأصابع Thumb Sucking
١٦٠	رابعاً : اللازمات العصبية أو التفلص اللاإرادي في العضلات (Tics)
١٦٩	خامساً : النشاط الزائد Huperactive

الفصل السابع : مشكلات السلوك الاجتماعي عند الأطفال

١٨١	مقدمة
١٨٢	أولاً : السرقة Stealing
١٨٨	ثانياً : الكذب Lying

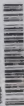
١٩٥	.....	Disobedience	المعصيان أو التمرد	ثالثاً :
٢٠٠	.....	Aggression	العندوان	رابعاً :
<p>الفصل الثامن : المشكلات الدراسية عند الأطفال</p>				
٢١٣	.....		مشكلة التأخر الدراسي	أولاً :
٢٢١	.....		ضعف دافعية الانجاز الدراسي	ثانياً :
٢٢٧	.....		مشكلات التكيف لدى المتفوقين عقلياً :	ثالثاً :
٢٣٥	.....		المراجع	

هذا الكتاب

صدر كتب كثيرة في موضوع هذا الكتاب غير انها كانت اجتهادات وتكهنات وتحليلات اكثر منها كتب اكااديمية تهتم المدرس والدارس حسب متطلبات المناهج الجامعية الاكاديمية والكليات الوسيطة لهذا كان لزاما ان نقدم كتابا راسخا في منهجه واضحا في معلوماته، ومرجعا اكيذا لكل من يدرس او يدرس هذا المساق الهام.

الناشر

Bibliotheca Alexandrina



1452605

المختصون في الكتاب الجامعي الأكاديمي العربي

دار زهران للنشر والتوزيع

تلفاكس ٥٢٣١٢٨٩ ص.ب ٢١٢٤٣٧ عمان ١٢١



2001